

13 Congreso Nacional de SECO

Las Palmas de Gran Canaria



COMUNICACIONES ORALES

O-01. CIRUGÍA BARIÁTRICA: TÉCNICAS UTILIZADAS Y CONTROLES BIOQUÍMICOS POSTOPERATORIOS

Silvestre Teruel, Vicente; Ruano Gil, Mario; Marco Mur, Ángel; García-Blanch, Gonzalo.

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles

Introducción: Todos los procedimientos de cirugía bariátrica utilizados en la actualidad para el tratamiento de la obesidad mórbida (OM), pertenecen a dos grandes grupos: técnicas restrictivas, que disminuyen la capacidad de ingestión o aquellas que combinan la restricción con una mala absorción mediante reducción del estómago, alterando el recorrido intestinal. Entre las restrictivas destacan la banda gástrica ajustable y la gastrectomía en manga o sleeve gástrico. La más representativa de las segundas lo constituye el bypass gástrico. Se utilice uno u otro método, se han descrito secuelas nutricionales tras su realización. Los objetivos de nuestro estudio son. 1) valorar pre y post cirugía estas secuelas nutricionales tras su realización. 2) diferencias encontradas entre ambos procedimientos y 3) su evolución a medio (solo para la *manga*) y largo plazo. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 350 pacientes (276 mujeres y 74 hombres OM operados en nuestro Hospital (240 por bypass gástrico de Capella, 60 por Gastroplastia, 10 por derivación biliopancreática de Scopinaro y 40 por manga gástrica). La edad media fue de 38,6 años (16 – 62). Previo a cirugía y con tiempo de seguimiento de 6, 24, 60 y 120 meses se recogen medidas antropométricas, y niveles plasmáticos de nutrientes (micro y macro). **Resultados:** Previo a cirugía, encontramos que los valores de la media (SD) de las medidas antropométricas de los pacientes intervenidos por uno u otro procedimiento resultaron similares: IMC = 46,4 (6,5) vs 46,8 (6,8), CC = 119,6 (18,4) vs 120,3 (19,0). No se detectan antes de la intervención quirúrgica deficiencias nutricionales de macro nutrientes en ambos grupos de pacientes. Sin embargo, encontramos antes de la cirugía déficit de micronutrientes, que en el caso de técnicas restrictivas más mal absorbidas aumentan o disminuyen tras realización. En los pacientes intervenidos solo por técnicas restrictivas estas variaciones no se manifiestan. En la tabla número 1 se muestran los resultados obtenidos en la valoración de micronutrientes antes y 6 meses después de la intervención. **Conclusiones:** Los resultados obtenidos muestran que los procedimientos restrictivos parecen originar menos alteraciones que aquellos que combinan restricción

con mala absorción; sin embargo se necesitan más estudios analíticos y durante mayor tiempo de seguimiento que confirmen estos datos. Se utilice uno u otro procedimiento, los controles bioquímicos postoperatorios a realizar consisten en: valorar la disminución de los niveles plasmáticos de los parámetros que definen el síndrome metabólico y estudiar las variaciones del estado nutricional al menos a los 6, 24, 60 y 120 meses después de realizada la intervención.

O-02. ¿SON TODAS LAS CIRUGÍAS BARIÁTRICAS IGUALES? ESTUDIO DE COHORTES RETROSPECTIVO EN PACIENTES CON IMC ENTRE 45 y 55 Kg/m²

García Ruiz De Gordejuela, Amador; Pujol Gebelli, Jordi; Casajoana Badía, Anna; Fernández Alsina, Enric; Secanella Medayo, Lluís; Masdevall Noguera, Carles. *Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat*

Introducción. La indicación de la técnica quirúrgica más adecuada siempre ha sido un punto conflictivo en la cirugía bariátrica. Asumiendo que el índice de masa corporal (IMC) inicial es uno de los factores más importantes para escoger la técnica, existen franjas en las que varias opciones pueden ser válidas. El objetivo de este estudio es comparar de forma retrospectiva el bypass gástrico (BPG), cruce duodenal (CD) y gastrectomía vertical (GV) en pacientes con IMC de entre 45 y 55kg/m². **Material y Métodos.** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes intervenidos entre 2007 y 2009. Se incluyen pacientes con IMC inicial entre 45 y 55kg/m², seleccionados aleatoriamente de tres cohortes en función de la cirugía realizada: BPG, CD y GV. Todos los pacientes tienen un mínimo de 12 meses de seguimiento. Se estudian variables de evolución ponderal. Se realiza estudio descriptivo y comparativo entre los tres grupos. **Resultados.** Se incluye un total de 63 pacientes, 32 BPG, 16 CD y 15 GT. Las tres cohortes son comparables en edad, sexo, peso e IMC inicial. El IMC inicial medio es de 49.34, 50.75 y 50.87 respectivamente. Existen diferencias significativas entre los 3 grupos en el IMC a los 12 meses: 30.27, 29.44 y 36 respectivamente (p=0.042) y a los 24 meses: 29.33, 28.33 y 38.67 (p=0.015). Estudiando el PSP a los 12 meses la diferencia no es significativa (73.71%, 76.71% y 55.87%, p=0,055), pero sí a los 24 (75.48%, 81.10% y 42.72%, p=0.023). No existen diferencias entre el BPG y el CD hasta 2 años de seguimiento, pero sí entre estos 2 grupos y la GV. **Conclusiones.** Aunque el número de pacientes analizado es pequeño y el seguimiento no es a largo plazo, se puede observar que en este grupo de pacientes las técnicas de elección deberían ser el BPG o el CD. Los peores resultados de la GT deben hacer considerar su indicación como técnica única en este rango de IMC.

O-03. RESULTADOS DE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA EN 2 TIEMPOS EN PACIENTES SÚPER Y SÚPER-SÚPER OBESOS MÓRBIDOS.

Fernandez Alsina, Enric; Garcia Ruiz de Gordejuela, Amador; Pujol Gebelli, Jordi; Casajoana Badía, Anna; Secanella Medayo, Lluís; Masdevall Noguera, Carles. *Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat*

Introducción: El abordaje en dos tiempos para el tratamiento quirúrgico de la súper-obesidad se plantea como una estrategia para reducir la morbimortalidad de los procedimientos bariátricos en pacientes de alto riesgo. Todavía hay pocas series publicadas al respecto. **Objetivo:** Describir el estado actual de la evolución ponderal en nuestra serie de súper obesos y súper-súper obesos (IMC>50) intervenidos en dos tiempos. **Material:** Estudio descriptivo de la serie de pacientes con IMC mayor a 50kg/m² que han sido intervenidos en 2 tiempos. Se estudian variables de pérdida ponderal y morbilidad de las técnicas. **Resultados:** Se han intervenido un total de 82 pacientes con IMC>50 para abordaje en 2 tiempos (56,6% del total de las Gastrectomías verticales). Se ha completado la segunda cirugía en 16 casos (19,51%). En todos los casos se realizó cruce duodenal, el tiempo entre la primera y la segunda cirugía fue de 2,84 años (rango 1 a 5 años). El IMC en el momento de la primera cirugía fue de 57,65 (50-73) y el de la segunda de 39,41 (34 a 46). En todos los casos se indica la segunda cirugía cuando los pacientes inician la re ganancia ponderal. La PSP a los 3, 6 y 12 meses tras la cirugía fue de 52,11%, 62,62% y 78,63% tras la vertical y de 46,15, 51,35% y 62,16% tras el cruce duodenal. Las pérdidas ponderales siguen líneas paralelas durante el primer año. Tras un año de seguimiento después del cruce duodenal, más del 60% de los pacientes tienen IMC inferior a 35. No ha habido morbilidad tras el primer tiempo. En el segundo tiempo la morbilidad ha sido en 2 pacientes (16,16%). No ha habido ni fístulas ni mortalidad en ningún caso. **Conclusiones:** La pérdida ponderal tras la primera y la segunda cirugía sigue una evolución favorable dentro de los estándares aplicables a cada técnica. La morbilidad es baja, no se ha registrado morbilidad mayor y no ha habido mortalidad. Según estos resultados preliminares, el abordaje en 2 tiempo debería ser considerado en estos pacientes de elevado riesgo quirúrgico.

O-04. ANÁLISIS PSICOLÓGICO Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS DE GVL Y APOYO POSTOPERATORIO MULTIDISCIPLINAR.

Melero Puche, Yolanda; Amador Martí, Lydia; Ferrer Valls, Jose Vicente; Sanahuja Santafé, Ángel.

Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia

Objetivos: Analizar y comparar el estado psicológico pre y postoperatorio (12 meses) de un grupo de 36 pacientes obesos mórbidos, intervenidos de Gastrectomía Vertical (GV) y seguimiento multidisciplinar. **Método y pacientes:** Los pacientes cumplimentan los test psicológicos antes y 12 meses después de la intervención. Utilizamos los Test de, Bulimia de Edimburgo, Body shape cuestionaire, Cuestionario de salud SF-36, Índice de Calidad de Vida QLI-SP, Inventario de Trastornos de la Ingesta EDI-1. Los pacientes reciben apoyo postoperatorio individualizado, médico, nutricional y psicológico. **Resultados:** Por un lado, respecto a las variables relacionadas con TCA, resaltamos que un 64 % de los pacientes presentaban alta preocupación corporal, mientras que a los 12 meses este porcentaje disminuye al 25%. Un 25% con gravedad alimentaria inicial, desapareciendo todos los casos al año de intervención. Un 50% presentaban sintomatología alimentaria de importancia, descendiendo a un 8% a los 12 meses. Respecto a la calidad de vida, un 67% de los pacientes referían un gran empeoramiento de la salud, mientras que a los 12 meses este porcentaje es del 19%. El 42% presentaban inicialmente una merma de la vitalidad, y trascurrido un año, esto sucedía al 17%. Por último, destacamos que inicialmente el 28% manifestaban una gran limitación de la función física, desapareciendo dichas limitaciones, en todos los casos, a los 12 meses de la intervención. **Conclusiones:** Los datos iniciales indican una alta prevalencia de sintomatología alimentaria e insatisfacción corporal y una importante afectación de la calidad de vida (principalmente vitalidad y empeoramiento de la salud). Sin embargo, a los 12 meses, podemos afirmar que existe una considerable mejoría psicológica del estado psicológico de los pacientes obesos mórbidos intervenidos de GV, seguido de un adecuado apoyo psicológico y nutricional postoperatorios, Destacan los cambios de la sintomatología bulímica y otros aspectos psicológicos relacionados con el TCA y de la calidad de vida percibida.

O-05. ALIMENTACIÓN CONSCIENTE Y DISFRUTE, EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Melero Puche, Yolanda ⁽¹⁾; Amador Martí, Lydia ⁽²⁾; Ferrer Valls, José Vicente ⁽²⁾; Sanahuja Santafé, Ángel ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Clínica Obésitas S.L.U - Hospital 9 de octubre, Valencia, ⁽²⁾ Clínica Obésitas S.L.U - Hospital 9 de Octubre, Valencia.

Objetivos: Presentar una técnica efectiva para conseguir que los pacientes intervenidos de cirugía bariátrica, adapten su estilo de ingesta a los requerimientos del postoperatorio y de la propia técnica quirúrgica. La finalidad es que ingieran de manera lenta, disfrutando y dando un espacio apropiado a su alimentación diaria, de manera que se eviten atascos, dispepsias, reflujo o vómitos, como síntomas más frecuentes. **Método y pacientes:** Nuestro método consiste en conseguir un cambio de actitud de la persona frente a la comida. Para ello, nos apoyamos en técnicas de “Rol Playing”, “Mindfulness”, “Modificaciones conductuales” (postura corporal, pequeños bocados, relajación, respiración completa...). Cada paciente requiere una intervención diferente e individualizada, siendo dicha técnica adecuada a todos los pacientes que ingieran rápidamente, especialmente para pacientes que: comen compulsivamente, tienen dificultad para sentirse llenos, experimenten molestias (dolor, vómito, gran sensación de llenado), tienen gran necesidad de disfrute, ha sido intervenidos de Banda Gástrica Ajustable... **Resultados:** Los pacientes que han realizado a cabo de forma exitosa dicha metodología, han referido: Disminución de los problemas gástricos. Menor compulsión hacia la comida, Mayor conciencia de saciedad y sensación de llenado. Satisfacción con pequeñas cantidades. Mejor control de la cantidad de alimento ingerido. Prevención de picoteo. Mayor calidad de vida en cuanto a la relación emocional con los alimentos. **Conclusiones:** La metodología de trabajo utilizada puede ser de gran utilidad para el abordaje terapéutico de muchos de los problemas que nuestros pacientes pueden experimentar tras el postoperatorio. Ya que ayuda a que éstos se adapten mejor a su nuevo cambio de vida y alimentación, experimentando mayor satisfacción y control de su ingesta. Por todo ello, consideramos importante su aplicación en los diferentes equipos multidisciplinarios que realizan un seguimiento al paciente intervenido de cirugía bariátrica, y en general a pacientes que ingieren compulsivamente y desean cambiar dicho hábito.

O-06. UTILIDAD DE LA GASTROSCOPIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA BARIÁTRICA

Martinez De Aragón Remires De Esparza, Gabriel; Martinez Blázquez, Cándido; Vitores, Jose Maria ; Sierra Esteban, Valentín ; Valencia Cortejoso, Juan; Serrano Fernandez, Blanca ; Barrutia Leonardo, Jon ; Balsera Rodriguez, Francisco Javier; Martinez De Pison Pretinera, Concepcion.

Hospital Txagorritu, Vitoria

La gastroscopia es una prueba preoperatoria rutinaria incluida en la guía de cirugía bariátrica de nuestro hospital. Para valorar la rentabilidad de esta prueba, estudiamos últimos 300 pacientes consecutivos a los que se les ha realizado el estudio preoperatorio de cirugía bariátrica (260 mujeres y 40 hombres) entre 2005 y 2010. El IMC comprendido entre 37.5 y 73.25. El 89% presentan co-morbilidades. A todos los pacientes se les ha realizado biopsia de antro gástrico. 158 pacientes presentan gastritis crónica, 70 hernia de hiato, 12 duodenitis, 1 displasia moderada, 6 metaplasia intestinal y en

76 fue normal. 75 pacientes con gastritis tienen *Helicobacter pylori* positivo. Los hallazgos han condicionado la técnica quirúrgica. Al paciente con displasia moderada se modificó la técnica del bypass estándar practicando la resección del estómago excluido y a los pacientes con metaplasia intestinal se les realizó una gastrectomía tubular, técnica que nos permitirá realizar controles endoscópicos. Los hallazgos obtenidos justifican la realización de gastroscopia sistemática en todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, con el objetivo de poder elegir el mejor y más seguro procedimiento quirúrgico.

O-07. EFICACIA DEL BALON INTRAGÁSTRICO EN OBESIDAD MODERADA: TASA DE FRACASOS Y EVOLUCION A LOS 24 MESES

Sanahuja Santafé, Angel; Ferrer Valls, Jose Vicente; Amador Martí, Lydia; Melero Puche, Yolanda; Sempere Sanchis, Javier. *Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia*

Introducción y objetivos: 1-Evaluar los resultados del Balón Intragástrico (BIG) asociado a terapia de cambio de hábitos dietéticos, psicológicos y de estilo de vida. 2- Evaluar la evolución del peso en los pacientes que perdieron más del 25% del su sobrepeso (%SPP>25%). *Metodología:* Estudio realizado sobre 104 pacientes, IMC medio de 37 (r: 27.6-56,18). Implantación de BIG (BioEnterics IntraGastric Balloon) mediante gastroscopia son sedación en la sala de endoscopias. Intervención psicológica y dietética, individual y grupal durante 6 meses. Seguimiento tras la retirada a los 12 meses, 18 meses y 24 meses iniciado el tratamiento. *Resultados: Complicaciones:* 4 retiradas durante las primeras semanas por intolerancia. 1 retirada la 2ª semana por alergia. 7 retiradas a partir del 5 mes por retención de restos vegetales y gastritis. *Conclusiones:* Tras la retirada del BIG, el resultado ha sido satisfactorio en el 74% de los casos, mientras que un 26% de pacientes han fracasado (disminución de un 11% del sobrepeso). Los pacientes con una pérdida de peso adecuada, mantienen en un 37% dicha pérdida a los dos años. Se observa que los pacientes que inicialmente cambiaron sus hábitos dietéticos, emocionales-conductuales con los alimentos y de estilo de vida, mantienen más fácilmente la pérdida de peso. El tratamiento con BIG, puede permitir a un grupo de pacientes, difícil de preestablecer, a controlar su obesidad severa y evitar una operación de obesidad.

O-08. GVL ROBÓTICO. UN ENFOQUE INICIAL PARA PASAR AL BY-PASS GÁSTRICO.

Fort, Jose Manuel; Vilallonga, Ramon; Gonzalez, Oscar; Armengol, Manel. *Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona*

Objetivo y técnica de estudio. Las nuevas técnicas como la Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) ahora se utilizan para el tratamiento de la obesidad mórbida. En la actualidad existe suficiente experiencia con LSG en nuestro grupo y tenemos la posibilidad de iniciar gastrectomía en manga robótica. La aplicación de técnicas de robótica se ha realizado en intervenciones bariátricas como el bypass gástrico o la banda gástrica, y más recientemente (agosto de 2010) para LSG. Presentamos aquí nuestra experiencia inicial con LSG a cabo con el uso del sistema quirúrgico Da Vinci, como paso previo al bypass gástrico robótico. *Descripción del Método.* 23 pacientes consecutivos sometidos a GVL con el uso del sistema quirúrgico Da Vinci por el mismo equipo quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas han seguido los principios de la GVL estándar. Se utilizaron tres trocares de 12 mm. estándar y un trocar de 8 mm. de Da Vinci para realizar esta técnica novedosa. El 8 mm. puertos robóticos metálicos fueron insertados a través de la norma, desechables de 12 mm de trocares. Preparación del estómago fue realizada por el cirujano de la consola y su división con la grapadoras por el cirujano-paciente lado. Hemos completado una gastrectomía en manga en 2 o 5 cm del píloro con un bugía 36F y grapado. Usamos un refuerzo completo de Prolene®. También Seamguard® fue utilizado como refuerzos. *Resultados.* Veintitrés pacientes (5 hombres y 18 mujeres) con una edad media de 44,4 años (17-63) y un IMC de 48 fueron operados por el robot. La media total de tiempo de operación (incluyendo el tiempo de acoplamiento) fue 104,1 ± 15,3 min. Significa el tiempo de preparación fue de 35 minutos y el tiempo medio de conexión fue de 6 min. No hubo conversiones. Completa robótica sutura Prolene® para el refuerzo se realizó en 14 pacientes. También Seamguard® fue utilizado como refuerzo en 7 pacientes. Morbilidad peri operatoria y la mortalidad fue cero. El tiempo medio para la descarga fue 4,16 días. Tuvimos una conversión a laparoscopia de bypass gástrico después de un mes a causa de una complicación rara de estómago en espiral. El MC medio a los 3 meses fue de 35,8 ± 25,6%. El procedimiento se puede completar con un solo ayudante y con cuatro trocares en lugar de las cinco de LSG. Se ha realizado ya el primer bypass gástrico metabólico totalmente robótico. *Conclusiones.* La GVL robótica es un método factible y seguro. En manos experimentadas laparoscópica es todavía una técnica eficaz para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. No hay tiempo de funcionamiento adicional para el procedimiento. La aplicación de la robótica a este tipo de cirugía puede tener ventajas menos evidentes. Sin embargo, a nuestro entender algunos grupos utilizan el sistema Da Vinci en el mundo y nuestro Grupo ha considerado como una oportunidad y un primer acercamiento antes de participar en robótica de Bypass gástrico.

O-09. UTILIDAD DE LA GASTROSCOPIA PREOPERATORIA EN CIRUGIA BARIÁTRICA

Martínez De Aragón Remires De Esparza, Gabriel; Martínez Blázquez, Cándido; Vitores, Jose Maria ; Sierra Esteban, Valentín ; Valencia Cortejoso, Juan; Serrano Fernandez, Blanca ; Barrutia Leonardo, Jon ; Balsera Rodriguez, Francisco Javier; Martínez De Pison Pretinera, Concepcion.

Hospital Txagorritu, Vitoria

La gastroscopia es una prueba preoperatoria rutinaria incluida en la guía de cirugía bariátrica de nuestro hospital. Para valorar la rentabilidad de esta prueba, estudiamos últimos 300 pacientes consecutivos a los que se les ha realizado el estudio preoperatorio de cirugía bariátrica (260 mujeres y 40 hombres) entre 2005 y 2010. El IMC comprendido entre 37.5 y 73.25. El 89% presentan co-morbilidades. A todos los pacientes se les ha realizado biopsia de antro gástrico. 158 pacientes presentan gastritis crónica, 70 hernia de hiato, 12 duodenitis, 1 displasia moderada, 6 metaplasia intestinal y en 76 fue normal. 75 pacientes con gastritis tienen *Helicobacter pylori* positivo. Los hallazgos han condicionado la técnica quirúrgica. Al paciente con displasia moderada se modificó la técnica del bypass estándar practicando la resección del estómago excluido y a los pacientes con metaplasia intestinal se les realizó una gastrectomía tubular, técnica que nos permitirá realizar controles endoscópicos. Los hallazgos obtenidos justifican la realización de gastroscopia sistemática en todos los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, con el objetivo de poder elegir el mejor y más seguro procedimiento quirúrgico.

O-10. EFICACIA DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO EN OBESIDAD MODERADA: TASA DE FRACASOS Y EVOLUCION A LOS 24 MESES

Sanahuja Santafé, Angel; Ferrer Valls, Jose Vicente; Amador Martí, Lydia; Melero Puche, Yolanda; Sempere Sanchis, Javier. *Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia*

Introducción y objetivos: 1-Evaluar los resultados del Balón Intragástrico (BIG) asociado a terapia de cambio de hábitos dietéticos, psicológicos y de estilo de vida. 2- Evaluar la evolución del peso en los pacientes que perdieron más del 25% del su sobrepeso (%SPP>25%). **Metodología:** Estudio realizado sobre 104 pacientes, IMC medio de 37 (r: 27.6-56,18). Implantación de BIG (BioEnterics IntraGastric Balloon) mediante gastroscopia son sedación en la sala de endoscopias. Intervención psicológica y dietética, individual y grupal durante 6 meses. Seguimiento tras la retirada a los 12 meses, 18 meses y 24 meses iniciado el tratamiento. **Resultados: Complicaciones:** 4 retiradas durante las primeras semanas por intolerancia. 1 retirada la 2ª semana por alergia. 7 retiradas a partir del 5 mes por retención de restos vegetales y gastritis. **Conclusiones:** Tras la retirada del BIG, el resultado ha sido satisfactorio en el 74% de los casos, mientras que un 26% de pacientes han fracasado (disminución de un 11% del sobrepeso). Los pacientes con una pérdida de peso adecuada, mantienen en un 37% dicha pérdida a los dos años. Se observa que los pacientes que inicialmente cambiaron sus hábitos dietéticos, emocionales-conductuales con los alimentos y de estilo de vida, mantienen más fácilmente la pérdida de peso. El tratamiento con BIG, puede permitir a un grupo de pacientes, difícil de preestablecer, a controlar su obesidad severa y evitar una operación de obesidad.

O-11. GVL ROBÓTICO. UN ENFOQUE INCIAL PARA PASAR AL BY-PASS GÁSTRICO.

Fort, Jose Manuel; Vilallonga, Ramon; Gonzalez, Oscar; Armengol, Manel. *Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona*

Objetivo y técnica de estudio. Las nuevas técnicas como la Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) ahora se utilizan para el tratamiento de la obesidad mórbida. En la actualidad existe suficiente experiencia con LSG en nuestro grupo y teníamos la posibilidad de iniciar gastrectomía en manga robótica. La aplicación de técnicas de robótica se ha realizado en intervenciones bariátricas como el bypass gástrico o la banda gástrica, y más recientemente (agosto de 2010) para LSG. Presentamos aquí nuestra experiencia inicial con LSG a cabo con el uso del sistema quirúrgico Da Vinci, como paso previo al bypass gástrico robótico. **Descripción del Método.** 23 pacientes consecutivos sometidos a GVL con el uso del sistema quirúrgico Da Vinci por el mismo equipo quirúrgico. Las técnicas quirúrgicas han seguido los principios de la GVL estándar. Se utilizaron tres trocares de 12 mm. estándar y un trocar de 8 mm. de Da Vinci para realizar esta técnica novedosa. El 8 mm. puertos robóticos metálicos fueron insertados a través de la norma, desechables de 12 mm de trocares. Preparación del estómago fue realizada por el cirujano de la consola y su división con la grapadoras por el cirujano-paciente lado. Hemos completado una gastrectomía en manga en 2 o 5 cm del píloro con un bugía 36F y grapado. Usamos un refuerzo completo de Prolene®. También Seamguard® fue utilizado como refuerzos. **Resultados.** Veintitrés pacientes (5 hombres y 18 mujeres) con una edad media de 44,4 años (17-63) y un IMC de 48 fueron operados por el robot. La media total de tiempo de operación (incluyendo el tiempo de acoplamiento) fue 104,1 ± 15,3 min. Significa el tiempo de preparación fue de 35 minutos y el tiempo medio de conexión fue de 6 min. No hubo conversiones. Completa robótica sutura Prolene® para el refuerzo se realizó en 14 pacientes. También Seamguard® fue utilizado como refuerzo en 7 pacientes. Morbilidad peri operatoria y la mortalidad fue cero. El tiempo medio para la descarga fue

4,16 días. Tuvimos una conversión a laparoscopia de bypass gástrico después de un mes a causa de una complicación rara de estómago en espiral. El MC medio a los 3 meses fue de $35,8 \pm 25,6\%$. El procedimiento se puede completar con un solo ayudante y con cuatro trocares en lugar de las cinco de LSG. Se ha realizado ya el primer bypass gástrico metabólico totalmente robótico. **Conclusiones.** La GVL robótica es un método factible y seguro. En manos experimentadas laparoscópica es todavía una técnica eficaz para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. No hay tiempo de funcionamiento adicional para el procedimiento. La aplicación de la robótica a este tipo de cirugía puede tener ventajas menos evidentes. Sin embargo, a nuestro entender algunos grupos utilizan el sistema Da Vinci en el mundo y nuestro Grupo ha considerado como una oportunidad y un primer acercamiento antes de participar en robótica de Bypass gástrico.

O-12. HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO TRAS GASTRECTOMIA TUBULAR POR LAPAROSCOPIA. ESTUDIO A 1 AÑO

Ferrer Valls, Jose Vicente; Sanahuja Santafé, Angel; Amador Marti, Lydia; Melero Puche, Yolanda.

Clinica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia

Introducción y Objetivos: La gastrectomía vertical (GV) es un procedimiento cada vez más utilizado, en el que teóricamente no se deben producir déficits de micronutrientes, debido a que es un procedimiento sin mal absorción. Sin embargo cada vez se están detectando más casos de déficits de hierro, ácido fólico y vitamina D entre otros, sin que se haya descrito hasta la actualidad la presencia de hiperparatiroidismo secundario tras GV. Nuestro objetivo ha sido estudiar la posible existencia de hiperparatiroidismo secundario. **Pacientes y método:** A un total de 70 pacientes intervenidos de GVL, se les ha aplicado un protocolo de detección de déficits de micronutrientes similar al del Bypass Gástrico, donde se han incluido estudios de Ca y PTH intacta. Los estudios se han realizado a los 3, 6 y 12 meses. Cuando se ha detectado una PTH elevada, el paciente ha sido tratado mediante 1500 mg de Calcio carbonato y 400 UI Colecalciferol, diario, seguido, además de una mejora en la ingesta de lácteos y derivados. **Resultados:** Finalmente se han recogido datos de 54 pacientes operados, de los que en 13 casos se detectó una PTH elevada (23%). De ellos, el 60% fueron varones y el 40% mujeres. En el estudio destaca una mayor pérdida de peso en el grupo del hiperparatiroidismo secundario. Además, en el momento del hallazgo, el IMC siempre estuvo por debajo de 34. Aunque no lo hemos podido recoger de manera cuantificable para este estudio, la encuesta nutricional de mostraba que muchos de estos pacientes ingerían una cantidad de calcio en la dieta, suficiente. Tras 3 meses de tratamiento, se han realizado controles de PTH intacta, con resultado de normalización completa o casi completa de la misma. **Conclusiones:** La GVL, es un método teóricamente solo restrictivo, aunque la experiencia demuestra que sí se producen déficits de micronutrientes. Hemos observado que el **hiperparatiroidismo secundario es relativamente frecuente** tras GTL y debe estudiarse en todos los pacientes. Es posible que parte de la responsabilidad la tenga el déficit de vitamina D que existe de base en la población general y por tanto en pacientes obesos. Es muy posible que debiera de administrarse calcio mas vitamina D, en todos la pacientes intervenidos de GTL durante todo el periodo de la pérdida de peso, y hasta que se demuestre una PTH normal. Con especial atención a las mujeres intervenidas de GTL, debería realizarse una densitometría ósea cercana a la operación y al año o dos años de la misma.

HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO

TRAS GVL. ESTUDIO A 1 AÑO.

	Pacientes PTH Normal	Pacientes PTH elevada
3 Meses	42,6	46,2
6 Meses	63,9	58,7
9 Meses	72,5	96,9
12 Meses	79,2	105,6

O-13. La invaginación de la línea de grapas con sutura no-absorbible en la GVL: Mayor pérdida de peso que con sutura absorbible

Ferrer Valls, Jose Vicente; Sanahuja Santafé, Angel; Perez Folqués', Eduardo; Saiz Sáiz Sapena, Nieves; Cester Ves, Diana. *Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia*

Introducción y Objetivos: Si como parece ser, el tamaño del neo estómago en la GV es un aspecto crucial en su eficacia a largo plazo, y el conseguir una plastia perfectamente tubular posiblemente disminuya la frecuencia de dilataciones futuras, la sutura invaginante que utilizemos debería de ser irreabsorbibles. El objetivo del estudio es conocer si existen diferencia de pérdida peso a medio plazo entre un grupo en el que se utiliza sutura reabsorbibles y otro en el que se utiliza sutura irreabsorbible. **Pacientes y método:** Comparamos dos grupos de pacientes con una distribución de sexo y un IMC medio inicial similar, intervenidos de GVL con dos materiales de sutura distintos. La selección del grupo se ha realizado de forma retrospectiva, buscando la homogeneidad de los grupos. todos fueron intervenidos por un mismo equipo quirúrgico y anestésico. La GV se realizó sobre sonda de 32 Fr mediante endogía Echelon®. Añadimos sobrehilado de la línea de sección con material reabsorbible (poliglicólico) en el grupo A, y material irreabsorbible (polipropileno) en el grupo B. Se realizaba una invaginación de la línea de grapas, buscando perfilar la forma tubular –evitar zonas dilatables futuras-, una mayor restricción, mantenida en el tiempo, además de mejorar la hemostasia y reforzar la solidez inmediata. Realizamos controles de estancueidad intraoperatorio con Azul de metileno, y con aire y suero fisiológico. **Resultados:** Ver en la tabla, distribución por sexo /edad, evolución del IMC y %SPP en ambos grupos. El grupo B (sutura irreabsorbible), pierde más peso de forma significativa. Ningún caso precisó conversión a cirugía abierta. Ninguna re intervención. Ninguna infección de herida. 1 paciente requirió UCI. Estancia media hospitalaria 2-3 días. No TVP. No TEP. No mortalidad. Ningún re ingreso hasta los 30 días post operatorios. **Conclusiones:** 1- Una vez más, parecen determinantes el volumen final del estómago y el método quirúrgico utilizado, en los resultados a medio plazo en la GTL. 2- La invaginación de la línea de grapas mediante sutura continua y material irreabsorbible, mejora la eficacia terapéutica de la GTL a medio plazo. **Conclusiones:** 1- Una vez más, parecen determinantes el volumen final del estómago y el método quirúrgico utilizado, en los resultados a medio plazo en la GTL. 2- La invaginación de la línea de grapas mediante sutura continua y material irreabsorbible, mejora la eficacia terapéutica de la GTL a medio plazo.

Invaginación en la GVL

	Grupo A (Poliglicólico)	Grupo B (polipropileno)
N	77	125
Edad	37,6 (18-58)	37,9 (19-55)
Sexo V/M	30-47	36-89
IMC Inicial	45,05	42,31
IMC 17 m	25,95	24,34
PSP 17 m	68,60%	79,23%
% PEIMC 17m	83,18%	90,77%

O-14. INTUBACIÓN TRAQUEAL CON FIBROBRONCOSCPIO FLEXIBLE EN CIRUGÍA BARIÁTRICA EN PACIENTE DESPIERTO

Martinez De Arango, Gabriel; Larrabide Bilbao, Iñaki; Valdovinos Garcia, Mercedes ; Martinez Blázquez, Cándido; Revilla Cámara, Montserrat; Manzanos Areta, Itsaso; Suarez Aldayturriaga, Patricia; Palomo Mangado, Vega.

Hospital San José, Vitoria

Introducción: Cuando nos planteamos la anestesia a realizar en los pacientes de cirugía bariátrica, lo primero en que pensamos fue en intentar disminuir al máximo los riesgos para el paciente causándole la menor molestia. Una de las técnicas que pensamos fue la intubación traqueal en paciente despierto con fibrobroncoscopio. **Objetivos:** El objetivo principal es el disminuir, o incluso eliminar el riesgo que existe en los pacientes obesos que van a ser intervenidos de cirugía bariátrica, para una adecuada intubación traqueal, sin que el paciente tenga problemas de mala oxigenación durante esta maniobra. También tener experiencia suficiente en otros pacientes con vía aérea difícil, para esta intubación. **Metodología:** Los pacientes elegidos son todas las cirugías bariátricas realizadas en los últimos 10 años en nuestro hospital, aproximadamente unas 100. En todas ellas realizamos la técnica de intubación en paciente despierto, semisentado, bajo sedación, con fibrobroncoscopio flexible y visión en monitor. A todos los pacientes se les explica en la visita pre anestésica la maniobra, y el porqué la realizamos. No excluimos ninguno de los pacientes intervenidos. Ya en el quirófano, los pacientes son pre medicados con atropina y midazolam, luego se les instila lidocaína en spray en la lengua y su base, y se sigue con la sedación a base de perfusión de Remifentanilo, junto con oxígeno en cánulas nasales. Según vamos avanzado con el fibrobroncoscopio se va instilando, a través de un catéter epidural que va por el canal de trabajo, lidocaína al 2% en todas las estructuras (epiglotis, aritenoides, cuerdas y tráquea), al visualizar la carina se introduce el tubo traqueal en el momento de una inspiración profunda. Se comprueba que el tubo está en la vía aérea con la obtención de capnografía, y se le duerme al paciente. Tras acabar la intervención, en el primer día de postoperatorio, se les preguntaba por el confort durante la intubación. **Resultados:** Los resultados son de un 100% de lograr la intubación, sin producirse de saturaciones ni alteraciones hemodinámicas importantes. Las sensaciones subjetivas de los pacientes no fueron desagradables en todos ellos, salvo un paciente, que si nos relato sensación de ahogo y nerviosismo. Lo único que nosotros objetivamos en la maniobra fue de algún acceso de tos en casi todos los pacientes. Nos ha dado suficiente experiencia para poder afrontar otros casos de vía aérea difícil con cierta tranquilidad. **Conclusiones:** La conclusión a la que llegamos es que la intubación traqueal con fibro broncoscopio en pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica es de primera elección, para minimizar los riesgos de dicha intubación, sin causar ningún trauma al paciente. Todo ello realizado en manos experimentadas.

O-15. RELEVANCIA DE LA ENDOSCOPIA EN EL PREOPERATORIO DE LA OBESIDAD MÓRBIDA.

Zubiaga Toro, Lorea; Abad Alonso, Rafael; Ortiz Sebastián, Sergio; Enríquez Valens, Pablo. *Hospital General Universitario, Alicante*

Antecedentes: En los pacientes sometidos a bypass gástrico (BPG) se presenta un inconveniente: se trunca el abordaje endoscópico del remanente gástrico y el intestino anterior tras la cirugía. Sin embargo estos tejidos permanecen en el paciente manteniendo la susceptibilidad al efecto de la secreción ácida gástrica, a los estímulos vagales y hormonales, a las infecciones previas no detectadas del H. Pylori, al tabaquismo, a los AINES y a otros factores que contribuyen al desarrollo de una úlcera y a las complicaciones derivadas de ésta (hemorragias, perforación, etc.) Por estas razones, algunos estudios han abogado la posibilidad de reseca el remanente gastrointestinal y eliminar así el riesgo de futuras complicaciones. No obstante somos de la opinión que un exhaustivo estudio gastroscópico en el preoperatorio de estos pacientes es un primer paso fundamental para descartar lesiones del tracto digestivo superior, detectar e instaurar tratamiento sobre el H. pylori y en caso de precisar lo cambiar la actitud quirúrgica si las condiciones del paciente requieren controles endoscópicos en el futuro. **Objetivo:** demostrar la utilidad de la gastroscopia de rutina en el preoperatorio de la obesidad mórbida, así como del tratamiento erradicador del H. pylori como herramienta útil en el manejo de estos pacientes, con el fin de prevenir complicaciones posteriores. **Métodos:** se revisaron las historias clínicas de los primeros 145 pacientes operados de obesidad mórbida entre los años 2007– 2010 de la Unidad de Cirugía Bariátrica y metabólica del HGUA, de Alicante. A 105 pacientes se les realizó BPG, a 37 GT y a los 3 restantes: 2 Scopinaro y un alargamiento de asa en BPG previo. **Resultados:** de las 145 historias evaluadas, a 142 pacientes se les realizó gastroscopia y a los 3 restantes no se pudo realizar la prueba, porque una cirugía bariátrica previa lo impedía. En 45 pacientes se detectó H. pylori y a todos ellos se les aplicó tratamiento erradicador, comprobando la negatividad de la infección previa a la cirugía. En 55 pacientes se observó alguna alteración de la mucosa esófago-gástrica (en 2 casos de metaplasia intestinal) lo que influyó en la decisión de cambiar la técnica quirúrgica elegida. **Discusión:** En el seguimiento de nuestros pacientes no se han evidenciado casos de complicaciones debido a úlceras del remanente gastro-duodenal o en la boca anastomótica. Tampoco se detectaron otras lesiones susceptibles de malignidad. Los pacientes que

presentaban sintomatología gástrica o duodenal (catalogada como gastritis) de forma pre quirúrgica, no han vuelto a consultar por esta causa, si bien es claro que la pérdida de peso les beneficia en este sentido y que a todos los pacientes en el postoperatorio se les indica un tratamiento preventivo con inhibidores de la bomba de protones. **Conclusión:** La valoración endoscópica muy aconsejable en los estudios preoperatorios de todos aquellos pacientes que van a ser sometidos a cirugía bariátrica y debería tenerse en cuenta a la hora de realizar protocolos y vías clínicas en el manejo de estos pacientes. Somos de la opinión que este procedimiento es en definitiva mucho más rentable y menos agresivo que las propuestas que de reseca el remanente gástrico en el BPG.

O-16. El embarazo después de la cirugía bariátrica: estudio comparativo entre la BGA y el BPG.

Zubiaga Toro, Lorea ⁽¹⁾; Facchiano, Enrico ⁽²⁾; Mandelbront, Laurent ⁽²⁾; Abad Alonso, Rafael ⁽¹⁾; Ortiz Sebastián, Sergio ⁽¹⁾; Enríquez Valens, Pablo ⁽¹⁾; Msika, Simon ⁽²⁾. ⁽¹⁾ *Hospital General Universitario, Alicante*, ⁽²⁾ *Louis Mourier*.

Introducción: Alrededor del 80% de los pacientes que se someten a cirugía bariátrica son mujeres y la mitad de ellas en edad reproductiva. La disminución de peso inducida por la cirugía mejora sensiblemente la fertilidad de las mujeres obesas, ya que la pérdida ponderal permite a menudo restaurar el ciclo ovulatorio normal, en especial en los casos de ovario poliquístico. El objetivo de este estudio fue comparar la efectividad de la banda gástrica ajustable (BGA) y del bypass gástrico (GBP) desde un punto de vista de los parámetros obstétricos, maternos y fetales. **Materiales y método:** Entre enero de 2004 y diciembre de 2008 se recogieron los datos de mujeres embarazadas que habían sido operadas de cirugía bariátrica con estas técnicas en el hospital Louis Mourier de Colombes. Se recogieron datos sobre edad, paridad, peso e IMC, antes y después de la cirugía (a intervalos definidos: 1, 3, 6, 12, 18 meses). También se determinó el peso y el IMC en el periodo entre la cirugía y el embarazo, a la concepción y a las dos semanas después del parto. Se determinó el peso y la ganancia ponderal según la edad gestacional, así como complicaciones en el embarazo, tipo de parto, posición fetal, y parámetros fetales. **Resultados:** Se analizaron un total de 42 embarazos (22 BGA y 20 GBP). Los dos grupos fueron comparables en todas las variables estudiadas. No se evidenció ninguna diferencia estadística a largo plazo en el peso y en el IMC en el momento de la concepción o después del embarazo. La única diferencia encontrada entre los dos grupos fue en el IMC preoperatorio. En ambos grupos hubo que recurrir a cesárea en un porcentaje elevado. **Discusión:** Con este estudio se logra evidenciar que las dos técnicas de cirugía bariátrica analizadas parecen equivalentes en las mujeres obesas con deseo gestacional. No hay diferencia significativa en caso de embarazo entre los dos grupos de pacientes en términos de parámetros obstétricos, maternos o fetales. La diferencia de IMC preoperatorio está relacionada con el hecho de que al principio de nuestra experiencia en cirugía bariátrica se prefería utilizar la técnica de BGA en las pacientes de menor peso. No se encontró ninguna diferencia estadísticamente significativa de aumento de peso durante el embarazo; probablemente a causa del tiempo medio entre la cirugía y el embarazo, superior en los dos grupos al periodo de pérdida rápida de peso después de la cirugía (29,9 meses para la BGA y 24,5 meses para el grupo GBP). **Conclusiones:** Este estudio demuestra que no hay diferencias significativas en el desarrollo del embarazo en las pacientes operadas con una BGA o un GBP, si se respeta el tiempo mínimo entre la intervención y el embarazo, correspondiente con el periodo de pérdida de peso rápido.

O-17. GESTION MULTIDISCIPLINAR DEL PROCESO ASISTENCIAL CIRUGÍA BARIÁTRICA.

Sanchez Ramírez, María; Perez Huertas, M^a Del Rosario; Vecino Bueno, Cristina; Cano Matías, M^a Auxiliadora; Dominguez Adame, Eduardo; Villa Diaz, Antonio; Oliva Mompean, Fernando. *Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla*

Objetivos: Durante las dos últimas décadas, el número de intervenciones de cirugía de la obesidad ha crecido considerablemente. En nuestro centro se ha creado una Comisión de Evaluación del paciente candidato a Cirugía Bariátrica, que se basa en los criterios de selección y las recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía de la Obesidad (SECO) que a su vez sigue las directrices de la Federación Internacional de Cirujanos de la Obesidad (IFSO). **Material y método:** En Marzo de 2004, quedó constituida la comisión de la que formaban parte, el director y subdirector médico, tres cirujanos, un anestesiista y un endocrinólogo. Posteriormente, se incorporó un psiquiatra ante la insistencia de los facultativos del servicio de cirugía. Se establecieron los criterios de inclusión y exclusión de los pacientes candidatos a Cirugía Bariátrica y se diseñó un circuito de flujo de enfermos desde Atención Primaria y Especialidades hacia el Servicio de Cirugía, pasando por una valoración endocrina y psiquiátrica indispensable para el tratamiento del paciente obeso. Se diseñó un modelo de Consentimiento Informado que posteriormente fue sustituido por un formato oficial redactado por los servicios jurídicos de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, y una Hoja de Evaluación. También se ha diseñado una escala para priorizar al paciente en función de sus comorbilidades, su situación socio laboral y su IMC. Una vez obtenido el visto bueno de la comisión, que se reúne periódicamente, y priorizado al paciente, se establece un nuevo circuito quirúrgico gestionado desde una consulta de enfermería bariátrica, con un seguimiento muy exhaustivo por parte del equipo de cirugía y nutrición, desde el cual se supervisa la pérdida de peso preoperatoria y el

grado de motivación y conocimiento del proceso quirúrgico así como de su seguimiento. Una vez completado este proceso, el paciente se introduce en lista de espera y se solicita estudio pre anestésico. **Resultados:** Desde Marzo del 2.004 hasta Febrero del 2.011 la Comisión ha evaluado un total de 500 pacientes, de los cuales han sido intervenidos 353, han renunciado 8, han sido excluido 16 y 66 están pendientes de pruebas complementarias y valoraciones por otros especialistas. Los pacientes aprobados por la comisión pendiente de ser intervenidos ascienden a 25. **Conclusiones:** El estado actual de la Cirugía Bariátrica y su trasfondo social, hacen necesario un enfoque multidisciplinar que someta a los pacientes a un control estricto, tanto en el pre como en el postoperatorio, y seguir las directrices marcadas por las instituciones internacionales de expertos en la materia. Por ello, para ofrecer al paciente obeso una atención de calidad, apostamos por la creación de comisiones que supervisen el proceso asistencial del paciente bariátrico.

O-18. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA GVL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Sánchez Ramírez, María; Perez Huertas, Rosario; Cano Matías, Auxiliadora; Villa Diaz, Antonio; Dominguez-Adame Lanuza, Eduardo. *Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla*

Objetivo: La Obesidad Mórbida es uno de los problemas de salud más importantes del mundo moderno. La Organización Mundial de la Salud la considera como una epidemia global que después del tabaquismo, es la segunda causa evitable de muerte. Esta enfermedad ha sido tratada por varios métodos, siendo la Cirugía el único método eficaz para prevenir y controlar las comorbilidades asociadas, con un Grado de Recomendación A. En los últimos años, La GVL se ha convertido en una opción alternativa para los pacientes con Obesidad Mórbida, debido a su carácter restrictivo y a su bajo porcentaje de complicaciones y escasa mortalidad. **Material y método:** Desde la instauración de la Unidad Esófago-Gástrica, Bariátrica y Laparoscópica Avanzada de la Unidad Clínica de Gestión del Hospital Virgen Macarena de Sevilla en Enero de 2009, se han intervenido 123 pacientes con Obesidad Mórbida. Desde el 1 de Enero de 2009 hasta el 31 de Diciembre de 2011, se han realizado en esta Unidad un total de 60 GVL de las cuales, 13 fueron realizadas en 2009 y 47 en 2010. Tradicionalmente en nuestro Hospital los pacientes con Obesidad Mórbida eran intervenidos mediante abordaje laparotómico y con la creación de nuestra Unidad especializada se ha dado un lugar a la Cirugía Laparoscópica en el tratamiento de estos pacientes. Se plantea la GV a todos los pacientes con indicación de Cirugía Bariátrica, como único gesto en pacientes con Obesidad Mórbida y como primer gesto en pacientes con Obesidad Supermórbida, con vistas a una segunda intervención una vez que el paciente haya disminuido su IMC y, por tanto, su riesgo quirúrgico, para añadirle una técnica malabsortiva. **Resultados:** Se realizó seguimiento al mes, a los 3, 6 meses y al año de la intervención, pasando cuestionarios de calidad de vida según la escala BAROS y haciendo seguimiento conjunto con la unidad de Nutrición. Han existido hasta el día de hoy 2 complicaciones menores, y 2 re intervenciones, una por hematoma intra abdominal en postoperatorio inmediato y otra por estenosis en tubo gástrico en el post operatorio tardío. Ningún caso de mortalidad se ha sido descrito. El tiempo operatorio fue de 60 minutos. Estancia media hospitalaria de 5 días, aunque en los últimos pacientes de la serie ha bajado a 72h. Fue posible la de ambulación del paciente a las 48 horas de la intervención, dolor controlado con analgesia habitual e inicio de la tolerancia oral a líquidos a las 72 horas de la intervención quirúrgica. Se presentan datos de seguimiento a un año en términos de pérdida de peso y resolución de comorbilidades, así como tasas de conversión a técnicas malabsortivas. **Conclusión:** La GVL es un procedimiento restrictivo efectivo para disminuir de peso, puede realizarse por vía Laparoscópica beneficiándose de todas las ventajas de este tipo de abordaje en cuanto a recuperación precoz del paciente y disminución del dolor postoperatorio, con un bajo porcentaje de conversión y un tiempo operatorio aceptable. La disminución del peso y su consecuente reducción del IMC de los pacientes sometidos a este procedimiento, así como el alivio de las comorbilidades asociadas son realmente alentadores. Todas estas ventajas asociadas al bajo porcentaje de complicaciones y la escasa mortalidad, nos invitan a continuar realizando un seguimiento más a largo plazo para obtener conclusiones acerca de esta técnica.

O-19. RESULTADOS DE LA GVL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN 86 PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA

Corripio Sanchez, Ramón; Vesperinas Garcia, Gregorio.

Hospital Universitario La Paz, Madrid

Introducción: La GVL es un procedimiento restrictivo cada vez mas aceptado para el tratamiento de la obesidad mórbida. Presentamos nuestra experiencia en la GVL, evaluando la eficacia del procedimiento en la pérdida de peso y analizamos la resolución de comorbilidades en el seguimiento. **Método:** Analizamos los datos de 86 pacientes intervenidos entre 2005 y 2010 en nuestra unidad. La gastrectomía tubular fue indicada como procedimiento único de reducción de peso en pacientes con BMI >40 o > 35 asociado con comorbilidades severas. El estudio incluye el tiempo operatorio, las comorbilidades asociadas, conversión a laparotomía, complicaciones intra operatorias, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria, perdida de peso y resolución de comorbilidades. Los posibles riesgos de fistula

gástrica postoperatoria son analizados. **Resultados:** La distribución por sexos comprende a 58 mujeres y 28 hombres con una media de edad de 41 años (18 – 63). La media de peso era de 140 kg (36–73 kg) y la media del IMC preoperatorio de 52,3 (36-73). El tiempo operatorio medio fue de 103 minutos (60-270). Un paciente requirió conversión por sangrado de la colecistectomía asociada y se dejó drenaje en todos los pacientes. La sonda naso gástrica se retiró en las primeras 24 horas. El 94 % de los pacientes tuvo un postoperatorio sin incidencias con una estancia postoperatoria media de 5 días. La media de seguimiento ha sido de 36 meses. El IMC post operatorio disminuyó a 39,7 en los primeros 6 meses. La media del PSP fue de 37% y 50 % a los 6 meses y al año respectivamente. No tuvimos mortalidad y las complicaciones mayores correspondieron a fistulas gástricas (n=3) que requirieron re operación, endo prótesis y procedimientos endoscópicos. La media de estancia fue de 63 días. **Conclusión:** La GVL es un procedimiento reproducible y que supone una importante pérdida del exceso de peso en el seguimiento con una buena resolución de las comorbilidades. Puede ser una buena opción como cirugía única para obtener una adecuada reducción de peso.

O-20. ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS TRAS BPGL CON BANDA. DILATACION CON BALON SIN CONTROL FLUOROSCOPICO

De La Cruz Vigo, José Luis ⁽¹⁾; De La Cruz Vigo, Felipe ⁽²⁾; Espinel, J. ⁽¹⁾; Sanz De La Morena, Pilar ⁽³⁾; Canga Presa, J.M. ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Clínica San Francisco, León., ⁽²⁾ Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid., ⁽³⁾ Clínica San Francisco, León., ⁽⁴⁾ Clínica San Francisco, León.

Objetivo. La estenosis de la anastomosis gastro yeyunal en el Bypass Gástrico por laparoscopia es una complicación tardía que se presenta en un 3%-12% de los casos. La incidencia varía según el tipo de anastomosis, con grapadora lineal y sutura manual, grapadora circular o anastomosis íntegramente manual. La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección, variando el método según el tipo de dilatador y el control fluoroscópico o no de la misma. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la estenosis gastro yeyunal con dilatación endoscópica con balón sin control fluoroscópico. **Material y método:** Revisión retrospectiva de los datos recogidos de 525 pacientes intervenidos mediante Bypass Gástrico con banda por laparoscopia en un Centro (H.S.F.) en el período comprendido entre Enero 2006 a Noviembre 2010. En todos los casos se utilizó el mismo tipo de anastomosis gastro yeyunal; grapadora lineal y sutura manual. **Resultados:** Un total de 22/545 pacientes (4.1%) desarrollaron estenosis de la anastomosis (20 mujeres(91%), 2 varones (9%). Se consideró estenosis del estoma si no permitía el paso del endoscopio estándar (9.8mm). El IMC medio preoperatorio fue de 45.7 kg/m². El 27% eran superobesos (IMC<50). Edad media 39 años. En 4 pacientes (18.2%) se asoció úlcera anastomótica y en un caso el antecedente de úlcus sangrante tratado mediante esclerosis un mes antes. Todos los casos se resolvieron mediante dilatación endoscópica con balón TTS sin control radioscópico, precisando en 15 casos (68.1%) una sola dilatación, en 6 casos (27.2%) dos sesiones y en 1 caso (4.5%) cuatro sesiones, este último caso asociado a úlcera. El diámetro de los balones osciló entre 12 y 20 mm. Un paciente dilatado con balón de 20 mm. presentó un desgarró sin evidencia de salida de contraste y fue tratado conservadoramente con éxito. No se han detectado re estenosis en el seguimiento. **Conclusiones:** La estenosis de la anastomosis gastro yeyunal en el Bypass gástrico por laparoscopia es una complicación poco frecuente. La endoscopia permite el diagnóstico y tratamiento, evitando la realización de re intervenciones. La dilatación endoscópica con balón TTS, sin control fluoroscópico permite el tratamiento eficaz de esta complicación con un escaso índice de complicaciones.

O-21. OBESIDAD MÓRBIDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES Y CIRUGÍA METABÓLICA

Silvestre Teruel, Vicente; Ruano Gil, Mario; Marco Mur, Ángel; García-Blanc, Gonzalo. *Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles*

Introducción: Obesidad mórbida (OM), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2) están estrechamente relacionadas, actuando la resistencia a insulina y la hiperinsulinemia secundaria a ella como nexo de unión. Múltiples son los mecanismos fisiológicos por los cuales la obesidad contribuye al desarrollo de hipertensión arterial: factores hemodinámicas, renales, de activación del sistema nervioso simpático y alteraciones sobre el sistema o eje renina-angiotensina-aldosterona (SRA)... La leptina secretada por el tejido adiposo estimula el sistema nervioso simpático elevando la concentración plasmática de catecolaminas estimulando a nivel renal la reabsorción tubular del sodio. Por su parte, la diabetes origina una nefropatía diabética que contribuye a elevar la tensión arterial. Los objetivos de nuestro estudio son: 1) evaluar las alteraciones que la OM produce sobre los niveles plasmáticos de los componentes del eje (SRA) y de micro albuminuria (MAU) en orina; 2) valorar sus alteraciones pre y post cirugía o tratamiento farmacológico; y 3) su evolución 5 y 10 años después. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 542 pacientes diagnosticados de OM en nuestro Hospital (404 mujeres y 138 hombres). La edad media fue de 42,3 años (14-62). El 27% de los pacientes (n = 147) estaba diagnosticado además de HTA, un 30% (n = 105) de HTA más diabetes mellitus tipo 2 y el 35 % (n= 190) de diabetes mellitus tipo 2. Se clasificaron los pacientes en dos grupos: 350 fueron tratados con cirugía metabólica, mientras que 192 lo fueron mediante técnicas farmacológicas. Previo a cirugía o tratamiento y con tiempos de seguimiento de 6, 24, 60 y 120 meses se recogen medidas antropométricas y niveles plasmáticos de insulina, actividad de

renina (ARP), aldosterona (ALDOS), enzima convertidora de angiotensina (ECA), sodio (Na), potasio (K) y MAU en orina. Previo al estudio, los valores de la media (SD) de las medidas antropométricas, y de tensión arterial de ambos grupos de pacientes fueron similares. En ambos, se detectaron niveles elevados de la actividad de renina plasmática, de aldosterona, de la enzima convertidora de angiotensina, de sodio y de MAU en orina, con niveles plasmáticos disminuidos de potasio. En los pacientes con cirugía, en los primeros 6 meses comienzan a descender o elevarse los valores alterados hasta alcanzar sus rangos de referencia a los 60 meses, situación que se mantiene a los 120 meses de realizada. En el grupo farmacológico, con menor pérdida de peso esta variación es menos acentuada. **Conclusiones:** Las tasas de índice de masa corporal (IMC) encontradas en los pacientes portadores de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 e HTA más HTA corresponden a obesidad mórbida (clase III según la OMS), la medida de la circunferencia de la cintura (CC) nos indica que su obesidad es abdominal. La disminución de estas medidas tras la intervención junto con los de tensión arterial y la regularización de los componentes del eje más acentuada tras la realización de cirugía metabólica parece indicar que puede ser en el futuro un método muy útil en el tratamiento de la OM con HTA y/o DM2.

O-22. OBESIDAD MÓRBIDA, PREDIABETES, DM1 Y DM2 Y CIRUGÍA METABÓLICA

Silvestre Teruel, Vicente; Ruano Gil, Mario; Marco Mur, Ángel; García-Blanch, Gonzalo. *Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles*

Introducción: Obesidad mórbida (OM), resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia secundaria a ella están estrechamente relacionadas, constituyendo factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La intolerancia a los hidratos de carbono, se puede manifestar como: prediabetes (tasas de glucemia entre 100 y 125 mg/dL), diabetes mellitus tipo 1 (que afecta a niños y jóvenes) y diabetes mellitus tipo 2. Los objetivos de nuestro estudio son. 1) evaluar la frecuencia de estas etiologías en pacientes diagnosticados de OM; 2) las potenciales alteraciones pre y post cirugía de medidas antropométricas, niveles plasmáticos de glucosa, insulina y marcadores inmunológicos de diabetes y 3) su evolución 5 y 10 años después de realizada. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 350 pacientes (276 mujeres y 74 hombres) OM operados en nuestro Hospital, La edad media fue de 38.6 años (rango: 16 – 62). En 70 pacientes (24,4%), las tasas de glucemia y una edad media de 24,4 años (rango: 16 - 30) nos sugieren que eran portadores de prediabetes; en 93 pacientes (32,5 %) se diagnosticó diabetes mellitus tipo 1 y en 123 pacientes (43,0 %) diabetes mellitus tipo 2, Previo a cirugía y con tiempo de seguimiento de 6, 24, 60 y 120 meses se recogen medidas antropométricas, niveles de glucosa, insulina, hemoglobina glicosilada (HbA1c) y de anticuerpos anti-islotos pancreáticos (ICA), anti-glutamato descarboxilasa (anti-GAD) y anti-insulina IgG. **Resultados:** En la tabla número 1 se muestran los resultados obtenidos previo a cirugía: Antes de la cirugía, encontramos tasas de IMC correspondientes a obesidad clase III (clasificación OMS) que además la CC nos demuestra que es obesidad abdominal, con niveles elevados de glucosa, insulina y hemoglobina glicosilada, siendo los valores de los anticuerpos positivos en la diabetes mellitus tipo 1. Tras cirugía y en los primeros 6 meses comienzan a descender las tasas de IMC, CC, de los niveles alterados y de anticuerpos; situación que se mantiene a los 60 y 120 meses de realizada la intervención. No obstante, 10 años después los niveles de anticuerpos aún se siguen detectando. **Conclusiones:** Encontramos una alta frecuencia de pacientes OM con alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, debido a la destrucción de las células β pancreáticas, resistencia a la insulina o una acción metabólica deficiente de la propia hormona.. La disminución de los valores de las medidas antropométricas y de de los niveles alterados parecen indicar que la cirugía metabólica puede ser un procedimiento muy útil en el tratamiento de esta patología.

O-23. DBP PARA EL TRATAMIENTO DE LA DM 2. ANALISIS DE PACIENTES CON IMC 30-35

Solano Murillo, Jorge; Ferrer Sotelo, Rocío; Sofía, Borlan Ansón. *Quirón Zaragoza, Zaragoza*

Objetivos: Demostrar que con la aplicación de la derivación biliopancreática metabólica podemos obtener buenos resultados en el control de glucemia, hemoglobina glicosilada e hiper-colesterolemia en determinados pacientes afectos de diabetes 2 y obesidad con cifras de índice de masa corporal entre 30 y 35. **Material y Métodos:** Desde febrero de 2010 hasta enero de 2011 han sido intervenidos en nuestra Unidad 32 pacientes, 21 hombres y 11 mujeres con edades comprendidas entre 29 y 62 años con un IMC medio de 32,2 (rangos 30-35). De los 32 pacientes 19 eran insulino-dependientes, el resto tomaban exclusivamente antidiabéticos orales. Los criterios de inclusión en el protocolo han sido: existencia de diabetes 2, índice de masa corporal entre 30-35, edad de 18 a 65 años, existencia de reserva pancreática (péptido C >1), Hb glicosilada >6,5, no existencia de contraindicaciones (enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasia, etc.) para realización de cirugía metabólica. El estudio preoperatorio consiste en analítica con determinación de Glucemia, Urea, Creatinina, Ac Úrico, Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL, GOT, GPT, GGT, PA, Bilirrubina, Hemograma, Estudio Coagulación, HbA1, TSH, PTH, insulinemia, Péptido C, Cortisol, Ac anti-GAD. Asimismo se realiza gastroscopia y ecografía abdominal. La intervención realizada en nuestra serie ha sido una derivación biliopancreática metabólica sin gastrectomía por laparoscopia, con un reservorio gástrico horizontal de 150-200 c/c, asa alimentaria de

200 cm y asa común de 125 cm. Todos pacientes inician la dieta oral 12 horas tras la intervención, dándose de alta hospitalaria a las 48-72 horas en dependencia de la distancia de su domicilio al hospital. En el momento del alta se suspende toda medicación antidiabética y se les administra IBP y suplementos vitamínicos. Se realiza control analítico al 4^o, 8^o y 12^o mes tras la intervención. **Resultados:** El tiempo medio operatorio ha sido de 41 minutos (rangos 35-65 min), y como complicaciones precoces hemos tenido dos casos de gastropexia postoperatoria que han precisado ingreso de 21 días con aspiración naso gástrica y nutrición parenteral. Asimismo, ha habido un caso de HADA 5 meses tras la intervención por no tomar IBP y consumir AINES. El resto de la serie no ha sufrido ninguna complicación. En el momento actual ninguno de nuestros pacientes se inyecta insulina y 5 de ellos se mantienen con antidiabéticos orales (metformina), el resto no lleva tratamiento para estabilizar sus cifras de glucemia. El IMC medio a los 6 meses de la intervención es de 28,9 y al año 26,6, no objetivando ningún caso de desnutrición. Existen dos grupos diferenciados de pacientes a la hora de evaluar la evolución de glucemias y hemoglobina glicosilada postoperatorias. Un primer grupo compuesto por 12 casos en los que ya al alta hospitalaria sus cifras de glucemia eran normales y sus cifras de hemoglobina glicosilada al 4^o mes son inferiores a 6. El segundo grupo (10 casos), muestra evolución más lenta de los parámetros analíticos, de forma que 5 de ellos no mostraron normalización de Hb glicosilada hasta el 8^o mes, los otros 5 precisan antidiabéticos orales. El resto de la serie (10 pacientes) todavía no ha llegado al 4^o mes postoperatorio. Las cifras de colesterol son normales en toda la serie a partir del 7^o mes tras la intervención. Dos casos sufrían retinopatía diabética evolutiva, que en los controles oftalmológicos muestra estabilización tras la intervención. Asimismo otros tres casos refieren resolución de disfunción eréctil a partir del 2^o y 4^o mes tras la derivación. **Conclusiones:** La DBP puede suponer un buen alternativa para el tratamiento y control de la DM2 asociada a obesidad con IMC 30-35. Las cifras de tiempo operatorio, estancia y morbimortalidad son bajas si se realiza por equipos entrenados en cirugía bariátrica. Queda por demostrar su efectividad a medio y largo plazo, así como su repercusión en las complicaciones derivadas de la angiopatía diabética.

O-24. PAPEL DE LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL SINDROME METABOLICO DEL OBESO MORBIDO: EVOLUCION SEGÚN TECNICA

Gracia Solanas, Jose Antonio; Martinez Guillen, Jose; Elia Guedea, Manuela; Redondo Villahoz, Elizabeth; Calvo Catalá, Beatriz; Aguilera Diago, Vicente; Martinez Diez, Mariano. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

Introducción: Varios son los estudios publicados sobre la resolución del síndrome metabólico tras cirugía bariátrica, si bien los datos son a corto plazo (1-5 años) no existiendo referencias a largo plazo. Nuestro objetivo es mostrar la evolución de los parámetros que definen el síndrome metabólico tras cirugía bariátrica en pacientes obesos mórbidos tras 10 años de seguimiento para intentar identificar la técnica que mejores resultados consigue con menores complicaciones. **Métodos:** Se emplearon los criterios de la IDF para definir el síndrome metabólico. 125 obesos y superobesos mórbidos se intervinieron de GV con banda (GVB). 265 obesos y superobesos mórbidos se intervinieron de DBP (BD-Scopinaro y BD-Modificado) y 152 obesos mórbidos se intervinieron de bypass gástrico laparoscópico (BGL). Se alcanzó una media de seguimiento mínimo en todos los grupos 7 años. **Resultados:** Complicaciones en el seguimiento según técnica: 25% GVB, 28% BD, 29% BGL. Previo a la cirugía cumplían criterios de SM 114 pacientes del grupo BD-Scopinaro (76%), 85 pacientes del grupo BD-Modificado (73.9%), 81 pacientes del grupo BGL (53.4%), y 98 pacientes del grupo GVB (78.4%). En todos los grupos se observó una mejoría del síndrome metabólico en todos los grupos durante los 2 primeros años con sólo un 10% de los pacientes con SM. Al evaluar los mismos parámetros a los 7 años de seguimiento, debido a la re ganancia de peso, se alcanzaron porcentajes del 60% de SM en el grupo GVB, de 35% en el grupo BGL y en los grupos BD por debajo del 10%. **Conclusiones:** Según nuestros resultados la técnica que consigue mejores resultados de resolución del SM es el DBP. Debido a su alta morbilidad postoperatoria creemos que esta técnica solo se debería emplear en pacientes superobesos, donde el bypass gástrico ha demostrado sus limitaciones. En obesos mórbidos el bypass gástrico puede ser una buena elección pero siempre con cambios en el estilo de vida para evitar la re ganancia de peso a largo plazo. El papel de las técnicas restrictivas se debe limitar a pacientes muy seleccionados.

O-25. EFECTO DEL BPG EN LA DM 2 DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

Gonzalo Gonzalez, Rubén; Moreno Gijón, María ; Solar García, Lorena ; Granero Castro, Pablo; Porrero Guerrero, Belén; Frunza, Madalina; García Bernardo, Carmen; Turienzo Santos, Estrella ; Sanz Alvarez, Lourdes; González González, Juan José.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Introducción: Nos encontramos en la actualidad, en medio de dos epidemias estrechamente relacionadas: la obesidad y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que son responsables de un gran número de muertes evitables en el mundo. La cirugía de bypass gástrico provoca una pérdida de peso que se mantiene en el tiempo y que se podría corresponder con un mejor

control de la glucemia permitiendo la resolución y/o mejoría de la DM2, aunque se sabe que también influyen una serie de mecanismos fisiopatológicos, todavía desconocidos, que provocan la curación de la DM2 en el postoperatorio inmediato, cuando la pérdida de peso todavía no es efectiva. **Objetivos:** Evaluar los parámetros clínicos y metabólicos pre y postoperatorios asociados con la mejoría o resolución de la diabetes después del bypass gástrico en Y-de-Roux (BPGYR) en pacientes obesos mórbidos con DM2. **Material y Métodos:** Todos los pacientes con DM2 y obesidad mórbida intervenidos en el Hospital Central de Asturias entre enero de 2004 y Diciembre de 2009 son el objeto inicial de este estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Los pacientes fueron seleccionados para BPGYR según los criterios de cirugía bariátrica propuestos por el NIH en 1991 y el diagnóstico de la DM2 se realiza en base a la glucemia plasmática basal (GPB) según los criterios establecidos por la Asociación Americana de Diabetes. La evolución de la DM2 se ha establecido de acuerdo a tres criterios (medicación antidiabética, cifras de GPB y cifras de HbA1c), a menudo en combinación, aunque se considera la medicación el parámetro fundamental. El seguimiento se realizó de acuerdo al protocolo establecido, inicialmente a los 30 días, 6 y 12 meses y después anual hasta Junio de 2010 existiendo en todos ellos un seguimiento mínimo de 6 meses. **Resultados:** Durante este periodo, 270 pacientes han sido intervenidos de BPGYR y 54 (20%) tenían DM2 y son objeto de este estudio. 41 enfermos (75,9%) eran mujeres con una edad media de 49 años +/- 7,9 (rango 25,8-60,5) y un IMC preoperatorio 47,5 kg/m² +/- 4,9 (rango 36,9-56,0). Los niveles de GPB preoperatorios fueron de 166,6 mg/dL +/- 45,2 (rango 100-295) y de HbA1c de 7,4% +/- 1,8 (rango 4,6-12,3). 44 pacientes (81,5%) tenían medicación antidiabética (ADO y/o insulina). Al mes de la intervención, 21 (38,8%) continuaban con medicación, a los 6 meses solamente 9 (16,7%) y al año solo 6 (12,2%). En el postoperatorio los niveles de GPB fueron 110,8, 103,2, 95,0 y 95,5 mg/dL al mes, 6 m, 1 año y 2 años respectivamente (P< 0,0001) manteniéndose constantes en el seguimiento. Los niveles de HbA1c postoperatorios fueron 5,8, 5,1, 4,7 y 4,7% al mes, 6 meses, 1 año y 2 años respectivamente (P<0,0001) manteniéndose constantes en el seguimiento. Con respecto a la mejoría y resolución de la DM2, al mes de la intervención la mejoría fue de 33,3% y la resolución de 61,1% y solo el 5,6% no habían presentado cambios. A los 6 meses había mejorado el 13% y se había resuelto el 81,5% sin presentar cambios el 5,6% de los pacientes. Al año mejoraron el 10,2% y se resolvió el 87,7%, mientras que los que no sufrieron cambios solamente ocurrió en el 2,1%. Estos valores se mantuvieron a largo plazo hasta los 5 años de seguimiento. **Conclusión:** En los pacientes diabéticos con obesidad mórbida, el by-pass gástrico se ha convertido en el tratamiento de elección, ya que logra tanto la pérdida de peso a largo plazo como la completa remisión de la DM2 (normalización de los niveles plasmáticos de glucosa y HbA1c así como la supresión en la medicación antidiabética) en la mayoría de los pacientes, incluso días o semanas después de la intervención, mucho antes de que se haya producido una pérdida de peso considerable.

O-27. ESTUDIO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS A CORTO Y MEDIO PLAZO EN EL PERFIL GLUCIDICO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA.

Abad Alonso, Rafael; Zubiaga Toro, Lorea; Enríquez Valens, Pablo; Ortiz Sebastián, Sergio. *Hospital General Universitario, Alicante*

Introducción: Numerosos artículos confirman los efectos beneficiosos de la cirugía bariátrica en el metabolismo glicémico. Uno de los efectos más discutidos es la normalización del perfil glicémico de los pacientes sometidos a estas intervenciones mucho antes de que ocurra la pérdida de peso.

O-28. RESULTADOS PRELIMINARES DE LA GVL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Sánchez Ramírez, Maria; Perez Huertas, Rosario; Cano Matías, Auxiliadora; Villa Diaz, Antonio; Dominguez-Adame Lanuza, Eduardo. *Hospital Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla*

Objetivo: La Obesidad Mórbida es uno de los problemas de salud más importantes del mundo moderno. La Organización Mundial de la Salud la considera como una epidemia global que después del tabaquismo, es la segunda causa evitable de muerte. Esta enfermedad ha sido tratada por varios métodos, siendo la Cirugía el único método eficaz para prevenir y controlar las comorbilidades asociadas, con un Grado de Recomendación A. En los últimos años, La GVL se ha convertido en una opción alternativa para los pacientes con Obesidad Mórbida, debido a su carácter restrictivo y a su bajo porcentaje de complicaciones y escasa mortalidad. **Material y método:** Desde la instauración de la Unidad Esófago-Gástrica, Bariátrica y Laparoscópica Avanzada de la Unidad Clínica de Gestión del Hospital Virgen Macarena de Sevilla en Enero de 2009, se han intervenido 123 pacientes con Obesidad Mórbida. Desde el 1 de Enero de 2009 hasta el 31 de Diciembre de 2011, se han realizado en esta Unidad un total de 60 GVL de las cuales, 13 fueron realizadas en 2009 y 47 en 2010. Tradicionalmente en nuestro Hospital los pacientes con Obesidad Mórbida eran intervenidos mediante abordaje laparotómico y con la creación de nuestra Unidad especializada se ha dado un lugar a la Cirugía Laparoscópica en el tratamiento de estos pacientes. Se plantea la GV a todos los pacientes con indicación de Cirugía Bariátrica, como único gesto en pacientes con Obesidad Mórbida y como primer gesto en pacientes con Obesidad Supermórbida, con vistas a una segunda intervención una vez que el paciente haya disminuido su IMC y, por tanto, su riesgo quirúrgico, para

añadirle una técnica malabsortiva. **Resultados:** Se realizó seguimiento al mes, a los 3, 6 meses y al año de la intervención, pasando cuestionarios de calidad de vida según la escala BAROS y haciendo seguimiento conjunto con la unidad de Nutrición. Han existido hasta el día de hoy 2 complicaciones menores, y 2 re intervenciones, una por hematoma intra abdominal en postoperatorio inmediato y otra por estenosis en tubo gástrico en el post operatorio tardío. Ningún caso de mortalidad se ha sido descrito. El tiempo operatorio fue de 60 minutos. Estancia media hospitalaria de 5 días, aunque en los últimos pacientes de la serie ha bajado a 72h. Fue posible la de ambulación del paciente a las 48 horas de la intervención, dolor controlado con analgesia habitual e inicio de la tolerancia oral a líquidos a las 72 horas de la intervención quirúrgica. Se presentan datos de seguimiento a un año en términos de pérdida de peso y resolución de comorbilidades, así como tasas de conversión a técnicas malabsortivas. **Conclusión:** La GVL es un procedimiento restrictivo efectivo para disminuir de peso, puede realizarse por vía Laparoscópica beneficiándose de todas las ventajas de este tipo de abordaje en cuanto a recuperación precoz del paciente y disminución del dolor postoperatorio, con un bajo porcentaje de conversión y un tiempo operatorio aceptable. La disminución del peso y su consecuente reducción del IMC de los pacientes sometidos a este procedimiento, así como el alivio de las comorbilidades asociadas son realmente alentadores. Todas estas ventajas asociadas al bajo porcentaje de complicaciones y la escasa mortalidad, nos invitan a continuar realizando un seguimiento más a largo plazo para obtener conclusiones acerca de esta técnica.

O-29. RESULTADOS DE LA GVL: ESTUDIO PROSPECTIVO EN 86 PACIENTES CON OBESIDAD MORBIDA

Corripio Sanchez, Ramón; Vesperinas Garcia, Gregorio. *Hospital Universitario La Paz, Madrid*

Introducción: La GVL es un procedimiento restrictivo cada vez mas aceptado para el tratamiento de la obesidad mórbida. Presentamos nuestra experiencia en la GVL, evaluando la eficacia del procedimiento en la pérdida de peso y analizamos la resolución de comorbilidades en el seguimiento. **Método:** Analizamos los datos de 86 pacientes intervenidos entre 2005 y 2010 en nuestra unidad. La gastrectomía tubular fue indicada como procedimiento único de reducción de peso en pacientes con BMI >40 o > 35 asociado con comorbilidades severas. El estudio incluye el tiempo operatorio, las comorbilidades asociadas, conversión a laparotomía, complicaciones intra operatorias, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria, perdida de peso y resolución de comorbilidades. Los posibles riesgos de fistula gástrica postoperatoria son analizados. **Resultados:** La distribución por sexos comprende a 58 mujeres y 28 hombres con una media de edad de 41 años (18 – 63). La media de peso era de 140 kg (36–73 kg) y la media del IMC preoperatorio de 52,3 (36-73). El tiempo operatorio medio fue de 103 minutos (60-270). Un paciente requirió conversión por sangrado de la colecistectomía asociada y se dejó drenaje en todos los pacientes. La sonda naso gástrica se retiró en las primeras 24 horas. El 94 % de los pacientes tuvo un postoperatorio sin incidencias con una estancia postoperatoria media de 5 días. La media de seguimiento ha sido de 36 meses. El IMC post operatorio disminuyó a 39,7 en los primeros 6 meses. La media del PSP fue de 37% y 50 % a los 6 meses y al año respectivamente. No tuvimos mortalidad y las complicaciones mayores correspondieron a fistulas gástricas (n=3) que requirieron re operación, endo prótesis y procedimientos endoscópicos. La media de estancia fue de 63 días. **Conclusión:** La GVL es un procedimiento reproducible y que supone una importante pérdida del exceso de peso en el seguimiento con una buena resolución de las comorbilidades. Puede ser una buena opción como cirugía única para obtener una adecuada reducción de peso.

O-30. ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS TRAS BPGL CON BANDA. DILATACION CON BALON SIN CONTROL FLUOROSCOPICO

De La Cruz Vigo, José Luis ⁽¹⁾; De La Cruz Vigo, Felipe ⁽²⁾; Espinel, J. ⁽¹⁾; Sanz De La Morena, Pilar ⁽³⁾; Canga Presa, J.M. ⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Clínica San Francisco, León., ⁽²⁾ Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid., ⁽³⁾ Clínica San Francisco, León., ⁽⁴⁾ Clínica San Francisco, León.

Objetivo. La estenosis de la anastomosis gastro yeyunal en el Bypass Gástrico por laparoscopia es una complicación tardía que se presenta en un 3%-12% de los casos. La incidencia varía según el tipo de anastomosis, con grapadora lineal y sutura manual, grapadora circular o anastomosis íntegramente manual. La dilatación endoscópica es el tratamiento de elección, variando el método según el tipo de dilatador y el control fluoroscópico o no de la misma. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la estenosis gastro yeyunal con dilatación endoscópica con balón sin control fluoroscópico. **Material y método:** Revisión retrospectiva de los datos recogidos de 525 pacientes intervenidos mediante Bypass Gástrico con banda por laparoscopia en un Centro (H.S.F.) en el período comprendido entre Enero 2006 a Noviembre 2010. En todos los casos se utilizó el mismo tipo de anastomosis gastro yeyunal; grapadora lineal y sutura manual. **Resultados:** Un total de 22/545 pacientes (4.1%) desarrollaron estenosis de la anastomosis (20 mujeres(91%), 2 varones (9%). Se consideró estenosis del estoma si no permitía el paso del endoscopio estándar (9.8mm). El IMC medio preoperatorio fue de 45.7 kg/m². El 27% eran superobesos (IMC<50). Edad media 39 años. En 4 pacientes (18.2%) se asoció úlcera anastomótica y en un caso el antecedente de úlcera sangrante tratado mediante esclerosis un mes antes.

Todos los casos se resolvieron mediante dilatación endoscópica con balón TTS sin control radioscópico, precisando en 15 casos (68.1%) una sola dilatación, en 6 casos (27.2%) dos sesiones y en 1 caso (4.5%) cuatro sesiones, este último caso asociado a úlcera. El diámetro de los balones osciló entre 12 y 20 mm. Un paciente dilatado con balón de 20 mm. presentó un desgarro sin evidencia de salida de contraste y fue tratado conservadoramente con éxito. No se han detectado reestenosis en el seguimiento. **Conclusiones:** La estenosis de la anastomosis gastro yeyunal en el Bypass gástrico por laparoscopia es una complicación poco frecuente. La endoscopia permite el diagnóstico y tratamiento, evitando la realización de re intervenciones. La dilatación endoscópica con balón TTS, sin control fluoroscópico permite el tratamiento eficaz de esta complicación con un escaso índice de complicaciones.

O-31. OBESIDAD MÓRBIDA, HIPERTENSIÓN ARTERIAL, DIABETES Y CIRUGÍA METABÓLICA

Silvestre Teruel, Vicente; Ruano Gil, Mario; Marco Mur, Ángel; García-Blanc, Gonzalo. *Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles*

Introducción: Obesidad mórbida (OM), hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DM tipo 2) están estrechamente relacionadas, actuando la resistencia a insulina y la hiperinsulinemia secundaria a ella como nexo de unión. Múltiples son los mecanismos fisiológicos por los cuales la obesidad contribuye al desarrollo de hipertensión arterial: factores hemodinámicas, renales, de activación del sistema nervioso simpático y alteraciones sobre el sistema o eje renina-angiotensina-aldosterona (SRA)... La leptina secretada por el tejido adiposo estimula el sistema nervioso simpático elevando la concentración plasmática de catecolaminas estimulando a nivel renal la reabsorción tubular del sodio. Por su parte, la diabetes origina una nefropatía diabética que contribuye a elevar la tensión arterial. Los objetivos de nuestro estudio son: 1) evaluar las alteraciones que la OM produce sobre los niveles plasmáticos de los componentes del eje (SRA) y de micro albuminuria (MAU) en orina; 2) valorar sus alteraciones pre y post cirugía o tratamiento farmacológico; y 3) su evolución 5 y 10 años después. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 542 pacientes diagnosticados de OM en nuestro Hospital (404 mujeres y 138 hombres). La edad media fue de 42,3 años (14-62). El 27% de los pacientes (n = 147) estaba diagnosticado además de HTA, un 30% (n = 105) de HTA más diabetes mellitus tipo 2 y el 35 % (n= 190) de diabetes mellitus tipo 2. Se clasificaron los pacientes en dos grupos: 350 fueron tratados con cirugía metabólica, mientras que 192 lo fueron mediante técnicas farmacológicas. Previo a cirugía o tratamiento y con tiempos de seguimiento de 6, 24, 60 y 120 meses se recogen medidas antropométricas y niveles plasmáticos de insulina, actividad de renina (ARP), aldosterona (ALDOS), enzima convertidora de angiotensina (ECA), sodio (Na), potasio (K) y MAU en orina. Previo al estudio, los valores de la media (SD) de las medidas antropométricas, y de tensión arterial de ambos grupos de pacientes fueron similares. En ambos, se detectaron niveles elevados de la actividad de renina plasmática, de aldosterona, de la enzima convertidora de angiotensina, de sodio y de MAU en orina, con niveles plasmáticos disminuidos de potasio. En los pacientes con cirugía, en los primeros 6 meses comienzan a descender o elevarse los valores alterados hasta alcanzar sus rangos de referencia a los 60 meses, situación que se mantiene a los 120 meses de realizada. En el grupo farmacológico, con menor pérdida de peso esta variación es menos acentuada. **Conclusiones:** Las tasas de índice de masa corporal (IMC) encontradas en los pacientes portadores de hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 e HTA más HTA corresponden a obesidad mórbida (clase III según la OMS), la medida de la circunferencia de la cintura (CC) nos indica que su obesidad es abdominal. La disminución de estas medidas tras la intervención junto con los de tensión arterial y la regularización de los componentes del eje más acentuada tras la realización de cirugía metabólica parece indicar que puede ser en el futuro un método muy útil en el tratamiento de la OM con HTA y/o DM2.

O-32. OBESIDAD MÓRBIDA, PREDIABETES, DM1 Y DM2 Y CIRUGÍA METABÓLICA

Silvestre Teruel, Vicente; Ruano Gil, Mario; Marco Mur, Ángel; García-Blanch, Gonzalo. *Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles*

Introducción: Obesidad mórbida (OM), resistencia a la insulina y la hiperinsulinemia secundaria a ella están estrechamente relacionadas, constituyendo factores de riesgo de enfermedad cardiovascular. La intolerancia a los hidratos de carbono, se puede manifestar como: prediabetes (tasas de glucemia entre 100 y 125 mg/dL), diabetes mellitus tipo 1 (que afecta a niños y jóvenes) y diabetes mellitus tipo 2. Los objetivos de nuestro estudio son. 1) evaluar la frecuencia de estas etiologías en pacientes diagnosticados de OM; 2) las potenciales alteraciones pre y post cirugía de medidas antropométricas, niveles plasmáticos de glucosa, insulina y marcadores inmunológicos de diabetes y 3) su evolución 5 y 10 años después de realizada. **Métodos:** Análisis retrospectivo de 350 pacientes (276 mujeres y 74 hombres) OM operados en nuestro Hospital, La edad media fue de 38.6 años (rango: 16 - 62). En 70 pacientes (24,4%), las tasas de glucemia y una edad media de 24,4 años (rango: 16 - 30) nos sugieren que eran portadores de prediabetes; en 93 pacientes (32,5 %) se diagnosticó diabetes mellitus tipo 1 y en 123 pacientes (43,0 %) diabetes mellitus tipo 2, Previo a cirugía y con tiempo de seguimiento de 6, 24, 60 y 120 meses se recogen medidas antropométricas, niveles de glucosa, insulina, hemoglobina glicosilada (HbA1c) y de anticuerpos anti-islotos pancreáticos (ICA), anti-glutamato descarboxilasa (anti-GAD) y anti-insulina IgG. **Resultados:** En la tabla número 1 se muestran los resultados obtenidos

previo a cirugía: Antes de la cirugía, encontramos tasas de IMC correspondientes a obesidad clase III (clasificación OMS) que además la CC nos demuestra que es obesidad abdominal, con niveles elevados de glucosa, insulina y hemoglobina glicosilada, siendo los valores de los anticuerpos positivos en la diabetes mellitus tipo 1. Tras cirugía y en los primeros 6 meses comienzan a descender las tasas de IMC, CC, de los niveles alterados y de anticuerpos; situación que se mantiene a los 60 y 120 meses de realizada la intervención. No obstante, 10 años después los niveles de anticuerpos aún se siguen detectando. **Conclusiones:** Encontramos una alta frecuencia de pacientes OM con alteraciones en el metabolismo de los hidratos de carbono, debido a la destrucción de las células β pancreáticas, resistencia a la insulina o una acción metabólica deficiente de la propia hormona.. La disminución de los valores de las medidas antropométricas y de de los niveles alterados parecen indicar que la cirugía metabólica puede ser un procedimiento muy útil en el tratamiento de esta patología.

O-33. DBP PARA EL TRATAMIENTO DE LA DM 2. ANALISIS DE PACIENTES CON IMC 30-35

Solano Murillo, Jorge; Ferrer Sotelo, Rocío; Sofía, Borlan Ansón. *Quirón Zaragoza, Zaragoza*

Objetivos: Demostrar que con la aplicación de la derivación biliopancreática metabólica podemos obtener buenos resultados en el control de glucemia, hemoglobina glicosilada e hiper-colesterolemia en determinados pacientes afectos de diabetes 2 y obesidad con cifras de índice de masa corporal entre 30 y 35. **Material y Métodos:** Desde febrero de 2010 hasta enero de 2011 han sido intervenidos en nuestra Unidad 32 pacientes, 21 hombres y 11 mujeres con edades comprendidas entre 29 y 62 años con un IMC medio de 32,2 (rangos 30-35). De los 32 pacientes 19 eran insulinodependientes, el resto tomaban exclusivamente antidiabéticos orales. Los criterios de inclusión en el protocolo han sido: existencia de diabetes 2, índice de masa corporal entre 30-35, edad de 18 a 65 años, existencia de reserva pancreática (péptido C >1), Hb glicosilada >6.5, no existencia de contraindicaciones (enfermedad inflamatoria intestinal, neoplasia, etc.) para realización de cirugía metabólica. El estudio preoperatorio consiste en analítica con determinación de Glucemia, Urea, Creatinina, Ac Úrico, Colesterol total, Triglicéridos, HDL, LDL, GOT, GPT, GGT, PA, Bilirrubina, Hemograma, Estudio Coagulación, HbA1, TSH, PTH, insulinemia, Péptido C, Cortisol, Ac anti-GAD. Asimismo se realiza gastroscopia y ecografía abdominal. La intervención realizada en nuestra serie ha sido una derivación biliopancreática metabólica sin gastrectomía por laparoscopia, con un reservorio gástrico horizontal de 150-200 c/c, asa alimentaria de 200 cm y asa común de 125 cm. Todos pacientes inician la dieta oral 12 horas tras la intervención, dándose de alta hospitalaria a las 48-72 horas en dependencia de la distancia de su domicilio al hospital. En el momento del alta se suspende toda medicación antidiabética y se les administra IBP y suplementos vitamínicos. Se realiza control analítico al 4º, 8º y 12º mes tras la intervención. **Resultados:** El tiempo medio operatorio ha sido de 41 minutos (rangos 35-65 min), y como complicaciones precoces hemos tenido dos casos de gastropexia postoperatoria que han precisado ingreso de 21 días con aspiración naso gástrica y nutrición parenteral. Asimismo, ha habido un caso de HADA 5 meses tras la intervención por no tomar IBP y consumir AINES. El resto de la serie no ha sufrido ninguna complicación. En el momento actual ninguno de nuestros pacientes se inyecta insulina y 5 de ellos se mantienen con antidiabéticos orales (metformina), el resto no lleva tratamiento para estabilizar sus cifras de glucemia. El IMC medio a los 6 meses de la intervención es de 28,9 y al año 26.6, no objetivando ningún caso de desnutrición. Existen dos grupos diferenciados de pacientes a la hora de evaluar la evolución de glucemias y hemoglobina glicosilada postoperatorias. Un primer grupo compuesto por 12 casos en los que ya al alta hospitalaria sus cifras de glucemia eran normales y sus cifras de hemoglobina glicosilada al 4º mes son inferiores a 6. El segundo grupo (10 casos), muestra evolución más lenta de los parámetros analíticos, de forma que 5 e ellos no mostraron normalización de Hb glicosilada hasta el 8º mes, los otros 5 precisan antidiabéticos orales. El resto de la serie (10 pacientes) todavía no ha llegado al 4º mes postoperatorio. Las cifras de colesterol son normales en toda la serie a partir del 7º mes tras la intervención. Dos casos sufrían retinopatía diabética evolutiva, que en los controles oftalmológicos muestra estabilización tras la intervención. Asimismo otros tres casos refieren resolución de disfunción eréctil a partir del 2º y 4º mes tras la derivación. **Conclusiones:** La DBP puede suponer un buen alternativa para el tratamiento y control de la DM2 asociada a obesidad con IMC 30-35. Las cifras de tiempo operatorio, estancia y morbimortalidad son bajas si se realiza por equipos entrenados en cirugía bariátrica. Queda por demostrar su efectividad a medio y largo plazo, así como su repercusión en las complicaciones derivadas de la angiopatía diabética.

O-34. PAPEL DE LA CIRUGIA BARIATRICA EN EL SINDROME METABOLICO DEL OBESO MORBIDO: EVOLUCION SEGÚN TECNICA

Gracia Solanas, Jose Antonio; Martinez Guillen, Jose; Elia Guedea, Manuela; Redondo Villahoz, Elizabeth; Calvo Catalá, Beatriz; Aguilera Diago, Vicente; Martinez Diez, Mariano. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

Introducción: Varios son los estudios publicados sobre la resolución del síndrome metabólico tras cirugía bariátrica, si bien los datos son a corto plazo (1-5 años) no existiendo referencias a largo plazo. Nuestro objetivo es mostrar la

evolución de los parámetros que definen el síndrome metabólico tras cirugía bariátrica en pacientes obesos mórbidos tras 10 años de seguimiento para intentar identificar la técnica que mejores resultados consigue con menores complicaciones. **Métodos:** Se emplearon los criterios de la IDF para definir el síndrome metabólico. 125 obesos y superobesos mórbidos se intervinieron de GV con banda (GVB). 265 obesos y superobesos mórbidos se intervinieron de DBP (BD-Scopinaro y BD-Modificado) y 152 obesos mórbidos se intervinieron de bypass gástrico laparoscópico (BGL). Se alcanzó una media de seguimiento mínimo en todos los grupos 7 años. **Resultados:** Complicaciones en el seguimiento según técnica: 25% GVB, 28% BD, 29% BGL. Previo a la cirugía cumplían criterios de SM 114 pacientes del grupo BD-Scopinaro (76%), 85 pacientes del grupo BD-Modificado (73.9%), 81 pacientes del grupo BGL (53.4%), y 98 pacientes del grupo GVB (78.4%). En todos los grupos se observó una mejoría del síndrome metabólico en todos los grupo durante los 2 primeros años con sólo un 10% de los pacientes con SM. Al evaluar los mismos parámetros a los 7 años de seguimiento, debido a la re ganancia de peso, se alcanzaron porcentajes del 60% de SM en el grupo GVB, de 35% en el grupo BGL y en los grupos BD por debajo del 10%. Conclusiones: Según nuestros resultados la técnica que consigue mejores resultados de resolución del SM es el DBP. Debido a su alta morbilidad postoperatoria creemos que esta técnica solo se debería emplear en pacientes superobesos, donde el bypass gástrico ha demostrado sus limitaciones. En obesos mórbidos el bypass gástrico puede ser una buena elección pero siempre con cambios en el estilo de vida para evitar la re ganancia de peso a largo plazo. El papel de las técnicas restrictivas se debe limitar a pacientes muy seleccionados.

O-35. EFECTO DEL BPG EN LA DM 2 DE PACIENTES OBESOS MÓRBIDOS

Gonzalo Gonzalez, Rubén; Moreno Gijón, María ; Solar García, Lorena ; Granero Castro, Pablo; Porrero Guerrero, Belén; Frunza, Madalina; García Bernardo, Carmen; Turienzo Santos, Estrella ; Sanz Alvarez, Lourdes; González González, Juan José.

Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

Introducción: Nos encontramos en la actualidad, en medio de dos epidemias estrechamente relacionadas: la obesidad y la Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) que son responsables de un gran número de muertes evitables en el mundo. La cirugía de bypass gástrico provoca una pérdida de peso que se mantiene en el tiempo y que se podría corresponder con un mejor control de la glucemia permitiendo la resolución y/o mejoría de la DM2, aunque se sabe que también influyen una serie de mecanismos fisiopatológicos, todavía desconocidos, que provocan la curación de la DM2 en el postoperatorio inmediato, cuando la pérdida de peso todavía no es efectiva. **Objetivos:** Evaluar los parámetros clínicos y metabólicos pre y postoperatorios asociados con la mejoría o resolución de la diabetes después del bypass gástrico en Y-de-Roux (BPGYR) en pacientes obesos mórbidos con DM2. **Material y Métodos:** Todos los pacientes con DM2 y obesidad mórbida intervenidos en el Hospital Central de Asturias entre enero de 2004 y Diciembre de 2009 son el objeto inicial de este estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Los pacientes fueron seleccionados para BPGYR según los criterios de cirugía bariátrica propuestos por el NIH en 1991 y el diagnóstico de la DM2 se realiza en base a la glucemia plasmática basal (GPB) según los criterios establecidos por la Asociación Americana de Diabetes. La evolución de la DM2 se ha establecido de acuerdo a tres criterios (medicación antidiabética, cifras de GPB y cifras de HbA1c), a menudo en combinación, aunque se considera la medicación el parámetro fundamental. El seguimiento se realizó de acuerdo al protocolo establecido, inicialmente a los 30 días, 6 y 12 meses y después anual hasta Junio de 2010 existiendo en todos ellos un seguimiento mínimo de 6 meses. **Resultados:** Durante este periodo, 270 pacientes han sido intervenidos de BPGYR y 54 (20%) tenían DM2 y son objeto de este estudio. 41 enfermos (75,9%) eran mujeres con una edad media de 49 años +/- 7,9 (rango 25,8-60,5) y un IMC preoperatorio 47,5 kg/m² +/- 4,9 (rango 36,9-56,0). Los niveles de GPB preoperatorios fueron de 166,6 mg/dL +/- 45,2 (rango 100-295) y de HbA1c de 7,4% +/- 1,8 (rango 4,6-12,3). 44 pacientes (81,5%) tenían medicación antidiabética (ADO y/o insulina). Al mes de la intervención, 21 (38,8%) continuaban con medicación, a los 6 meses solamente 9 (16,7%) y al año solo 6 (12,2%). En el postoperatorio los niveles de GPB fueron 110,8, 103,2, 95,0 y 95,5 mg/dL al mes, 6 m, 1 año y 2 años respectivamente (P< 0,0001) manteniéndose constantes en el seguimiento. Los niveles de HbA1c postoperatorios fueron 5,8, 5,1, 4,7 y 4,7% al mes, 6 meses, 1 año y 2 años respectivamente (P<0,0001) manteniéndose constantes en el seguimiento. Con respecto a la mejoría y resolución de la DM2, al mes de la intervención la mejoría fue de 33,3% y la resolución de 61,1% y solo el 5,6% no habían presentado cambios. A los 6 meses había mejorado el 13% y se había resuelto el 81,5% sin presentar cambios el 5,6% de los pacientes. Al año mejoraron el 10,2% y se resolvió el 87,7%, mientras que los que no sufrieron cambios solamente ocurrió en el 2,1%. Estos valores se mantuvieron a largo plazo hasta los 5 años de seguimiento. **Conclusión:** En los pacientes diabéticos con obesidad mórbida, el by-pass gástrico se ha convertido en el tratamiento de elección, ya que logra tanto la pérdida de peso a largo plazo como la completa remisión de la DM2 (normalización de los niveles plasmáticos de glucosa y HbA1c así como la supresión en la medicación antidiabética) en la mayoría de los pacientes, incluso días o semanas después de la intervención, mucho antes de que se haya producido una pérdida de peso considerable.

O-36. ESTUDIO DE LOS CAMBIOS PRODUCIDOS A CORTO Y MEDIO PLAZO EN EL PERFIL GLUCIDICO DE PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA BARIATRICA.

Abad Alonso, Rafael; Zubiaga Toro, Lorea; Enríquez Valens, Pablo; Ortiz Sebastián, Sergio. *Hospital General Universitario, Alicante*

Introducción: Numerosos artículos confirman los efectos beneficiosos de la cirugía bariátrica en el metabolismo glicémico. Uno de los efectos más discutidos es la normalización del perfil glicémico de los pacientes sometidos a estas intervenciones mucho antes de que ocurra la pérdida de peso. Ello viene a sugerir que el reordenamiento de la anatomía del tubo digestivo que se produce tras cirugía bariátrica, influye sobre el metabolismo de la glucosa. **Objetivo:** Mostrar la existencia de efectos a corto y medio plazo sobre el metabolismo glicémico tras la realización de un Bypass Gástrico (BPG) o una GVL en pacientes con obesidad mórbida. **Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de los primeros 125 pacientes operados de obesidad mórbida durante los años 2007 – 2010 de la Unidad de Cirugía Bariátrica del HGUA, de Alicante. Se compararon los cambios a nivel de valores de la glucemia basal en ayunas (GBA) y de hemoglobina glicosilada (HbA1c) del preoperatorio con respecto al primer, tercer y sexto mes del postoperatorio. Igualmente se contrastaron los cambios en el tratamiento pre y postquirúrgico de los pacientes con diagnósticos previos de alteración del metabolismo glicémico (AMG). **Resultados:** Entre las 125 historias revisadas 53 pacientes tenían alguna AMG (40 tenían Diabetes Mellitus tipo 2 diagnosticada, 6 alteración de la GBA, 4 hiperinsulinismo y 3 alteraciones en la prueba oral de la glucosa.) A 36 (67,92%) se les realizó un BPG y a 17 (33,07%) una GT. Se evidenció una mejoría del perfil glicémico al primer, tercer y sexto mes de la intervención, así en el caso de la HbA1c la media descendió de 6,37% a 5,49%, 5,43% y 5,2% respectivamente, y la glucemia basal de 118gr/dl a 103, 93 y 94 gr/dl respectivamente. Con respecto al tratamiento, un 24% no presentaba tratamiento alguno antes de la cirugía, y un 76% si. De éstos, a un 2% se le retiró el tratamiento con insulina, un 4% disminuyó la dosis de insulina, antidiabéticos orales o de combinaciones de ambos y un 64% dejó de requerir medicación oral alguna. **Conclusiones:** Tras el BPG y la GVL todos nuestros pacientes con alteración del metabolismo hidrocarbonado disminuyeron los valores iniciales de glucemias basales y HbA1c al primer, tercer y sexto mes postoperatorio, antes de que se produjese pérdida de peso importante. Así mismo, quienes tenían un tratamiento antidiabético inicial lo suprimieron o redujeron la dosis.

O-37. Evolución de la DM2 tras Bypass Duodeno-Ileal en una Anastomosis con GVL (SADI-S)

Ferrigni González, Carlos; Domínguez Serrano, Inmaculada; Cárdenas Crespo, Sofía; Sánchez López, Esther; Quiroz Mercado, Pilar; Martín Antona, Esteban; Rubio, Miguel Ángel; Sánchez-Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

Introducción. La cirugía bariátrica permite conseguir una mejoría o una remisión de la DM2 en gran parte de los pacientes intervenidos. Las técnicas malabsortivas son las que consiguen un mayor porcentaje de remisiones, probablemente por la conjunción de una restricción del aporte calórico y una hipersecreción incretínica junto con una mal absorción selectiva para las grasas, lo cual disminuye la cantidad de grasa intramiocitaria e intrahepatocitaria, fundamentales en la resistencia periférica a la insulina. **Objetivos.** Analizar los resultados metabólicos del Bypass Duodeno-Ileal en una Anastomosis con Gastrectomía Vertical (SADI-S). **Pacientes y Método.** Entre los años 2007 y 2011 se han intervenido 52 pacientes con DM2. El peso medio preoperatorio fue de 118 Kg, IMC 44 y exceso de peso 52 k. Veintidós pacientes estaban con tratamiento insulínico. El tiempo medio desde el debut de su diabetes era de 9.8 años (0 – 30). El valor preoperatorio medio de glucemia fue de 183mg/dl (91 – 408), con hemoglobina glicosilada (HbA1c) media de 7.9% (5.4 – 13). El péptido C medio fue de 2 (0.4 – 7), con más de la mitad de los pacientes con valores inferiores a 1.5. El 73% de los pacientes tenían hipertrigliceridemia y el 30% hipercolesterolemia. **Resultados.** La pérdida de sobrepeso fue de 76% a los 6 meses, 92% al año, 113% a los dos años y 91% a los 3 años de la cirugía. No se encontró relación entre la pérdida de peso y ninguno de los parámetros analíticos metabólicos analizados. El número medio de deposiciones diarias fue de 2.6 (1 – 6). El 96% de los pacientes tuvieron remisión completa de su DMT2, y solamente 2 pacientes, de forma esporádica, precisan algún tipo de medicación. Los valores medios de glucemia fueron 93 en el primer año, 85.6 en el segundo y 85.3 en el tercero tras la intervención, y los valores de HbA1c estuvieron en todos los casos por debajo de 6.5%, con medias de 5.4% el primer año, 4.9% el segundo y 5.3% el tercero. Se produjo resolución de la hipertrigliceridemia en el 84% de los casos, y de la hipercolesterolemia en el 100%. **Conclusiones.** El bypass duodeno-ileal en una anastomosis con gastrectomía vertical (SADI-S) ofrece unos magníficos resultados al paciente con trastornos del metabolismo hidrocarbonado, de manera similar en la obesidad mórbida que en pacientes con IMC por debajo de 35. A corto plazo, el beneficio es independiente de los niveles preoperatorios de péptido C, de la necesidad de insulina en el preoperatorio o de la duración de la DM2.

O-38. CIRUGÍA BARIÁTRICA EN LA OBESIDAD INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE. UN EQUIPO MULTIDISCIPLINAR

Olivares Arnal, Pedro; Lama More, Rosa; Morais López, Ana ; Leal Hernando, Nuria; Martin Capilla, Carmen; Cid Ruiz, Encarnación .

Hospital Infantil La Paz, Madrid

La obesidad mórbida es una patología que en numerosas ocasiones comienza en la infancia. Además de los errores nutricionales y/o hábitos alimentarios inadecuados, los problemas genéticos y metabólicos afectan a los niños desde los primeros años de vida. La máxima expresión de este proceso ocurre a partir de una edad en torno a los 10 años, cuando se puede constatar una obesidad mórbida que habitualmente ya no retrocederá a no ser que actuemos con un tratamiento médico-quirúrgico adecuado. En nuestro centro, un hospital infantil de cuarto nivel, hemos creado un equipo multidisciplinar, formado por pediatras expertos en nutrición, endocrinólogos, pediatras generales, psicólogos, y cirujanos pediátricos, que cuenta además con el apoyo explícito del resto de la institución. Los pacientes provienen de una extensa área sanitaria que acepta además por su condición de hospital cuaternario ingresos de ámbito nacional. La primera consulta y valoración que se realiza indistintamente por los servicios de endocrinología o nutrición, va seguida necesariamente de un estudio psicológico que valorará la aceptación por parte del niño de una intervención correctora de su obesidad. Ningún paso en este sentido se efectúa si no es con la connivencia y consentimiento del equipo de paidopsiquiatría. Aceptamos el protocolo del BSCG para los pacientes adolescentes, modificando algunos de los puntos de difícil o contradictoria aplicación. Al ser el niño un organismo en crecimiento rápido y por su necesidad de aportar material plástico a sus órganos, basamos la elección de pacientes para cirugía, no solo en el índice de masa corporal, sino apoyados en la cantidad de desviaciones estándar que sobrepasa la normalidad. Así, a partir de la existencia de +3 DS sobre el IMC del peso calculado en un paciente, existe indicación de cirugía bariátrica (Niño obeso = Score Z de 1,28 = P90). Con estas premisas, controlamos e intervenimos en nuestro centro más de cien pacientes desde hace 5 años, con un rango de edad de 10 a 18 años. Las operaciones más frecuentes han sido, colocación de balón intragástrico, técnica ya casi descartada de nuestro arsenal terapéutico por su limitada eficacia, colocación de banda gástrica ajustable, realizada en la mayoría de nuestros pacientes y reducción de la capacidad gástrica (*sleeve*), técnica que reservamos para los casos extremos o fallos/intolerancia de la banda gástrica ajustable. La mayor parte de las indicaciones quirúrgicas se efectúan pensando en la posibilidad de revertir la intervención, cuando algunos años después el paciente se haya curado de la obesidad. Para el seguimiento de los niños intervenidos se han establecido y aceptado unos controles que sobrepasan la edad pediátrica. -La cirugía bariátrica en niños debe realizarse en un hospital pediátrico según el protocolo del BSCG. De este modo el paciente se beneficia del apoyo de expertos en pediatría, endocrinología pediátrica, anestesia y cirugía infantil, así como del apoyo paidopsiquiátrico adecuado. -Las intervenciones sobre niños y adolescentes deberán tener carácter reversible en lo posible. -Tratados a temprana edad evitamos que algunos de estos niños con obesidad mórbida lleguen a la edad juvenil con obesidades extremas cuyo único tratamiento sería una intervención más mutilante.

O-39. Calidad de la ingesta alimentaria tras la Cirugía bariátrica: GVL vs BPG

Ramon Moros, Jose Manuel ⁽¹⁾; Salcedo Medina, Wilder ⁽¹⁾; Gonzalez Torres, Carlos ⁽¹⁾; Crous, Xenia ⁽¹⁾; Goday Arno, Albert ⁽¹⁾; Gonzalez, Susana ⁽¹⁾; Pera, Manuel ⁽²⁾; Grande, Luis ⁽¹⁾. ⁽¹⁾ *Hospital Universitario del Mar, Barcelona*, ⁽²⁾ *Hospital Universitario del Mar, Barcelona*.

Introducción. Las diferentes técnicas de cirugía bariátrica influyen en la tolerancia alimentaria y la presencia de vómitos. El impacto de estas técnicas sobre la calidad de la ingesta alimentaria está poco estudiado. **Material y métodos.** Estudio prospectivo de una serie consecutiva de pacientes operados de Obesidad Mórbida entre mayo de 2008 y noviembre de 2010. Se evaluó la calidad de la alimentación antes de la cirugía y a los 3, 6, 12 y 24 meses del postoperatorio, mediante el cuestionario descrito por Suter et al. (Obes Surg. 2007;17:2-8). Este cuestionario valora 3 apartados: la satisfacción a la ingesta de alimentos, la tolerancia a 8 tipos de alimentos y la frecuencia de vómitos y/o regurgitación, con una puntuación total que puede variar entre 1 y 27 puntos, siendo este último excelente. **Resultados.** Ciento quince pacientes [69 Gastrectomía Tubular (GT) y 46 Bypass Gástrico (BG)] completaron el cuestionario: 105 en el preoperatorio, 87 a los 3 meses, 79 a los 6 meses, 53 a los 12 meses y 18 a los 24 meses del postoperatorio. La puntuación total de los pacientes en el preoperatorio fue de 23,5 \pm 2,6, con diferencia significativa a los 3 meses (20,4 \pm 3,8 y $p < 0,001$), a los 6 meses (21,3 \pm 4,6 y $p < 0,001$) y a los 12 meses (22,4 \pm 3,3 y $p = 0,044$), y sin diferencia a los 24 meses (23,2 \pm 2,5 y $p = 0,622$). Al comparar las 2 técnicas quirúrgicas la puntuación fue similar tanto en el preoperatorio (23,8 \pm 2,4 vs 23,0 \pm 2,8 y $p = 0,125$) como en el seguimiento postoperatorio de los 3 (20,5 \pm 3,9 vs 20,2 \pm 3,7 y $p = 0,599$), 6 (21,1 \pm 5,3 vs 21,7 \pm 3,4 y $p = 0,243$), 12 (22,3 \pm 3,3 vs 22,7 \pm 3,4 y $p = 0,140$) y 24 meses (22,9 \pm 3,0 vs 23,6 \pm 2,2 y $p = 1,00$) para GT y BG respectivamente. **Conclusiones.** El empeoramiento de la calidad de alimentación es común en los primeros meses tras la cirugía bariátrica, mejorando progresivamente y sin observar diferencias entre GT y BG.

O-40. CIRUGIA DE REVISION TRAS FRACASO TERAPEUTICO CON BGA: NUESTRA EXPERIENCIA Y RESULTADOS

Ferrer Valls, Jose Vicente; Sanahuja Santafé, Angel; Pérez Folqués¹, Jose Eduardo; Saiz-Saiz Sapena, Nieves; Cester Ves, Diana.

Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia

Introducción y objetivos: La banda gástrica se ha convertido en un tratamiento muy popular por su simplicidad quirúrgica, aunque una vez implantada, es muy exigente para el paciente, restando calidad de vida en la ingesta y con una tasas de fracasos terapéuticos no desdeñable. Aun así, ha sido un tratamiento excelente para muchos pacientes. Nuestro objetivo es analizar la cirugía de revisión por fracaso con la Banda Gástrica, proponiendo detalles sobre la selección del nuevo procedimiento y detalles técnicos sobre el manejo quirúrgico. **Pacientes y método:** Entre Enero de 2006 y Enero de 2009 hemos intervenido a 107 pacientes obesos con la técnica de Banda gástrica ajustable por laparoscopia (BGAL). Las bandas utilizadas han sido la banda sueca de baja presión de Ethicon Endosurgery^R y la Lap Band de Allergan^R. Todos los pacientes presentaban un IMC >35. En todos los casos se ha realizado un seguimiento postoperatorio protocolizado, multidisciplinar, con un método de hinchado de la banda progresivo, sobre un test que cuantificaba el grado de exigencia de la banda para el paciente, con el fin de evitar hinchados excesivos. El periodo de intervención o apoyo al paciente tenía una duración de dos años, y se seguía de revisiones anuales. Hemos considerado *fracaso terapéutico completo*, un %SPP final <25%, ya sea por ingesta excesiva o fallos de la banda gástrica (deslizamiento, dilatación esofágica...) que obligasen a su deshinchado. **Resultados:** Hemos encontrado fracaso completo en 10 pacientes (9,3%), que obligó a la retirada de la banda gástrica. El peso, IMC, peso perdido y %SPP, inicial y en las distintas fases, se muestra en la Figura-I. Tiempo medio desde la colocación hasta la retirada: 28.2 meses (8-68). Todos los pacientes presentaron diferentes grados de disfunción esofágica, en 3 casos dilataciones esofágicas (>35mm de diámetro), en 4 casos deslizamiento de la banda, en 3 casos el estudio gastro esofágico era normal. La retirada de la banda se ha realizado en todos los casos por vía laparoscópica en 8 casos se convirtió en GVL, en 1 caso se convirtió en bypass gástrico y en 1 caso se retiró la banda sin realizar ninguna otra técnica por deseo del paciente. Todas las intervenciones se hicieron en un tiempo quirúrgico y por laparoscopia. No hubo ninguna re intervención. No ingresos en UCI. Estancia media 2,5 días. No reingreso hospitalario a 30 días. Se comentan recomendaciones técnicas para la transformación a gastrectomía tubular y a bypass gástrico (mediante fragmentos grabación). **Conclusiones:** La causa principal de retirada de la banda es la pérdida inadecuada de peso, asociada a disfunción esofágica y muchas veces a movilización de la banda. La retirada y realización de una nueva técnica quirúrgica, puede hacerse por vía laparoscópica y en un solo tiempo quirúrgico, aunque en manos expertas. En nuestra experiencia la GVL ha sido la técnica más frecuentemente utilizada tras la retirada de la banda.

O-41. Cáncer y Obesidad Mórbida

Cano-Valderrama, Óscar; Santos Rancaño, Rocío; Cervantes Juárez, Norman Jael; Gortázar Pérez-Somarrriba, Ángel ; Cerdán Santacruz, Carlos ; Vázquez Vicente, Daniel ; García Botella, Alejandra; Rubio, Miguel Ángel ; Sánchez-Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José.

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Objetivos: La obesidad es un factor de riesgo para sufrir ciertos tipos de tumores, como el cáncer colorectal o el de endometrio. Por esta razón, los enfermos sometidos a cirugía bariátrica podrían ver disminuido su riesgo de padecer un tumor tras la misma. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia de tumores en una serie de pacientes a los que se les realizó cirugía bariátrica y la naturaleza y momento de aparición de los mismos en relación a la intervención. **Material y método:** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo de una serie de 464 pacientes sometidos a cirugía bariátrica entre junio de 2000 y julio de 2010. La edad media de estos pacientes fue de 43,9 años (+/- 12,1), el IMC preoperatorio medio 47 Kg/m² (+/- 8,4) y el porcentaje de mujeres un 72%. Un 27,4% de los pacientes padecían DM, un 44,8% HTA, un 30% SAOS y un 26,1% dislipemia. La intervención quirúrgica realizada fue una DBP en 227 pacientes, un bypass gástrico en 185 y una sleeve gastrectomy en 52. Analizamos el tipo de tumores que padecieron, el momento de presentación y su relación con la edad y peso preoperatorio. **Resultados.** De los 464 pacientes incluidos en el estudio, 20 sufrieron algún tipo de tumor antes o después de la cirugía, lo que implica una incidencia del 4,3%. Los tumores más frecuentes fueron de mama y tiroides, que se diagnosticaron en 4 pacientes cada uno. Los tumores de endometrio, riñón y colon y recto fueron los segundos más frecuentes con dos casos. Por último, el linfoma, meningioma, colangiocarcinoma, ameloblastoma mandibular y los cánceres de ano, ovario y pulmón fueron diagnosticados en un paciente cada uno. La edad media de los pacientes que presentaron una neoplasia fue de 48,8 años, frente a los 43,6 años de los pacientes obesos operados que no los presentaron (p= 0,06). En 13 pacientes (70%) la edad de presentación del tumor fue menor que la edad media de presentación en la población general tumor. El tumor había sido tratado antes de la intervención en 11 pacientes, mientras que en 9 fue diagnosticado tras la misma. No se hallaron diferencias significativas en cuanto al IMC preoperatorio de los pacientes con y sin tumor (44,7 vs 47,1 Kg/m²). **Conclusiones.** Los pacientes intervenidos por obesidad mórbida presentan una alta incidencia de neoplasias, destacando los tumores de mama, tiroides, endometrio, riñón y colon y recto. En el 70% de los casos, el tumor se presenta en pacientes más jóvenes

de la edad media de presentación en la población general. El tumor fue diagnosticado antes de la intervención en casi la mitad de los casos.

O-42. Fístula pos GVL en obesidad mórbida: etiología, momento de aparición y manejo

Cugat Andorrá, Esteban ⁽¹⁾; Marco Molina, Constancio ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa ⁽²⁾ Centro Médico Teknon, Barcelona.

La tubulización gástrica es una técnica que se ha estandarizado y generalizado para el tratamiento de la obesidad mórbida. La complicación más temida es la fístula del reservorio gástrico que puede comportar una morbimortalidad importante. **Objetivo:** Analizar las posibles etiologías, tipo y manejo de una fístula post GVL. **Material y método:** Desde 2004 a 2010 se han realizado 500 cirugías por obesidad mórbida de las cuales en 195 casos se realizó una GVL. En todos los casos se realizó una resección gástrica tutorizada mediante una sonda de 34 Fr, con sutura mecánica, que se reforzó con una sutura manual continua de material irreabsorbibles. Se inició la gastrectomía a unos 5 cm del píloro y se finalizó a nivel del ángulo de His, cerca del esófago con especial énfasis en la resección completa del fundus gástrico. **Resultados:** 6 pacientes presentaron una fístula del muñón gástrico, lo que representa un 3% de la serie. En todos los casos, el origen de la fístula fue el reservorio gástrico a nivel de la unión esófago gástrica. En 2 casos, la fístula se manifestó de forma precoz (<72 horas) y en 4 casos de forma tardía (>7 días). **Precozes.** En los dos casos, la sintomatología fue a las 48 horas con un cuadro de fiebre/ taquicardia/taquipnea con signos de peritonitis difusa en uno de ellos. Ambos casos fueron re intervenidos apreciándose desgarro de la sutura cerca del ángulo de His realizándose una nueva sutura y colocación de drenaje. En ambos casos reapareció la fístula en el postoperatorio de la re intervención que se trató de forma conservadora, resolviéndose al mes en el primero y a los dos meses en el segundo caso. **Tardíos.** En 4 casos apareció un síndrome febril asociado a taquicardia/taquipnea. El TAC apreció aire alrededor del tubo gástrico yuxtacardial subdiafragmático izquierdo sin líquido libre en dos casos, bloque neumónico izquierdo en uno, aire y líquido en el restante. Un caso (aire) fue tratado médicamente con éxito, otro (neumonía) fue re operado con éxito tras demostrarse la fístula (sutura), el tercero (aire) fue tratado en otro centro en donde se colocó una endo prótesis de forma inmediata con el resultado de colección líquida persistente tras dos re intervenciones, distress respiratorio severo y Éxitus. En cuarto caso el TAC demostró un empiema importante que requirió drenaje torácico, re intervención y sutura de la perforación (yuxtaesofágica), presentando la paciente un curso tórpido pero con buena evolución y resolución del cuadro, resolviéndose la fístula a los 2 meses de la primera intervención. **Comentarios:** La fístula post GVL en la obesidad mórbida aparece a nivel de la unión esófago gástrica yuxtacardial. Tras nuestra experiencia se sugiere que la resección del fundus debería evitar la lesión esofágica. La sutura manual de refuerzo puede provocar fístula gástrica precoz. La fístula que se manifiesta en el TAC únicamente como aire podría ser tratada de forma conservadora según la evolución clínica. La endoscopia inmediata tras los signos de complicación puede agravar el cuadro. La colocación sistemática de un drenaje en la zona podría facilitar el manejo de la complicación. La colocación inmediata de una endo prótesis no parece clave sino peligrosa en el manejo de la complicación.

O-43. Papel de la cirugía de rescate en el fracaso del CD. Análisis de una serie de 300 pacientes

Marco Molina, Constancio ⁽¹⁾; Cugat Andorrá, Esteban ⁽²⁾; Hoyuela Alonso, Carlos ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Centro Médico Teknon, Barcelona, ⁽²⁾ Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa

El cruce duodenal (**CD**) es una operación eficaz en el tratamiento de la obesidad mórbida, sus potenciales complicaciones metabólicas-nutricionales pueden ser graves. **Objetivo:** Analizar el papel de la cirugía de rescate en el tratamiento de la diarrea intratable y/o malnutrición grave (MG) o en la insuficiencia pérdida de peso (IP) después de un cruce duodenal (CD). **Material y método:** Desde 2004 a 2010 se han realizado 500 operaciones por obesidad mórbida. Se practicó un CD en 300 pacientes. La técnica del CD se realizó por laparotomía practicando GV sobre sonda de 40 Fr. y un bypass con una asa común de 90 cm y asa alimentaria de 210 cm, medidas desde la válvula ileo-cecal. Se consideró la cirugía de rescate en: MG. Diarreas intratables e invalidantes y/o malnutrición con anasarca, hipo proteinemia e hipo albuminemia sin respuesta a nutrición parenteral durante 1 mes. IP. Recuperación del peso perdido hasta superar un IMC > 35 consensuando con el paciente el fracaso del procedimiento y la nueva cirugía, con el requisito de demostrar radiológicamente un estómago reducible. **Resultados:** 18 (6%) pacientes fueron intervenidos 13 por MG (4.3%) y 5 (1.6%) por IP. En los 13 pacientes del grupo MG se realizó un alargamiento de 150 cm del asa común a expensas de la biliopancreática siendo al final de 240 (150+90). Se produjo la resolución del cuadro en todos los casos sin aumento significativo del peso. En los 5 pacientes con IP se realizó una re tubulización gástrica (4 re gastrectomía por laparotomía y 1 plicatura por laparoscopia). En ningún caso se modificó el asa común. Todos los pacientes presentaron una pérdida de peso significativa a corto plazo con un seguimiento medio de 18 meses. **Comentarios:** El fracaso después de CD es bajo

(6%). La re operación en estos casos puede resolver el problema. En los casos de malnutrición proteica o diarrea incoercible el alargamiento del asa común a expensas de la biliopancreática garantiza la resolución del cuadro sin existir un aumento importante del peso. En casos seleccionados de insuficiente pérdida ponderal la re gastrectomía tubular facilita pérdida adicional de peso sin aumentar el síndrome mal absoritivo.

O-44. ACTITUD ANTE LAS FÍSTULAS TRAS BPGL

García-Marirrodriaga, Ignacio; Fernández Zulueta, Arnulfo; López Ballesta, Carlos. *Centro Médico Teknon, Barcelona*

Objetivos: las dehiscencias de sutura tras cirugía bariátrica se asocian a una alta morbimortalidad. Describimos nuestra experiencia en el diagnóstico y tratamiento de las fistulas gastrointestinales en pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico. **Material y método:** de un total de 1864 pacientes sometidos a bypass gástrico laparoscópico con anastomosis manual gastro yeyunal desde enero de 2002 a diciembre de 2010, analizamos retrospectivamente un total de 91 pacientes con fistula anastomótica (4.88%). Se analizan localización de la fistula, momento y método del diagnóstico, manifestaciones clínicas, tratamiento realizado, complicaciones asociadas y estancia hospitalaria. **Resultados:** La localización de la fistula fue la siguiente: 67.8% en la gastro yeyunostomía, 10.2% en el reservorio gástrico, 3.4% en el estómago excluido, 5.1% en la anastomosis yeyuno yeyunal, 3.4% en la gastro yeyunostomía y en el reservorio, 3.4% en el reservorio gástrico y en el estómago excluido y 6.7% indeterminadas. Los estudios radiológicos con contraste revelaron extravasación del medio de contraste en 14 pacientes (15.3%). Las fistulas fueron asintomáticas en el momento del diagnóstico en 45 pacientes (49.4%). Fueron re intervenidos 35 pacientes (38.5%) y se realizó tratamiento conservador en los 56 restantes (61.5%). Se requirió ingreso en UCI en 11 pacientes. Se produjeron 5 fallecimientos (0.26%). **Conclusiones:** En nuestra experiencia, la mayor parte de fistulas anastomóticas pueden ser tratadas con medidas conservadoras. En muchos pacientes, los drenajes son efectivos para su tratamiento, evitando la re intervención. La nutrición enteral fue efectiva en el tratamiento conservador de las fistulas gastro yeyunales en pacientes sin signos sistémicos de infección.

O-45. Conversión de pacientes obesos mórbidos intervenidos con GVA a BPGLYR

García-Marirrodriaga, Ignacio; Fernández Zulueta, Arnulfo; López Ballesta, Carlos. *Centro Médico Teknon, Barcelona*

Objetivos: Analizar la seguridad y efectividad de la reconversión de pacientes con banda gástrica y GVA a bypass gástrico laparoscópico. **Material y Métodos:** Análisis prospectivo de todos los pacientes re intervenidos en nuestro Centro desde enero del 2002 a diciembre de 2010, intervenidos previamente con técnicas restrictivas. **Resultados:** Los pacientes operados fueron 63, de los cuales 52 son mujeres (82.5%) y 11 hombres (17.5%), con una edad promedio de 48.6 años (rango 21-64). El valor medio del IMC en el momento de la técnica restrictiva fue de 44.86 kg/m² (34-65.3) y de 39.2 kg/m² (21.8-63.5) en los sometidos a bypass gástrico. El tiempo promedio entre ambas cirugías fue de 38 meses: 49 pacientes (77.8%) tenían banda de PTFE, 6 pacientes (9.5%) portaban una banda de silicona y a 8 pacientes (12.7%) se les había practicado una GVA. Las indicaciones de conversión fueron: re ganancia de peso (39 pacientes, 61.9%), erosión de la banda (10 pacientes, 15.8%), dilatación del reservorio/estenosis (8 pacientes, 12.7%), insuficiente pérdida de peso (3 pacientes, 4.8%), esofagitis por reflujo (2 pacientes, 3.2%) y obstrucción intestinal en 1 paciente (1.6%). Sólo se produjeron 2 reconversiones a laparotomía (3.17%). Se produjeron complicaciones tempranas en 23 pacientes, de los que sólo 2 requirieron re intervención. No se registró mortalidad. El promedio de la hospitalización fue de 5.1 días (2-34). **Conclusiones:** La conversión de los pacientes operados con técnicas restrictivas a bypass gástrico en Y de Roux se puede realizar por laparoscopia con resultados satisfactorios, comparables a los pacientes operados de bypass gástrico de forma primaria.

O-46. Hemorragias en el Postoperatorio de cirugía bariátrica: ajuste de la anticoagulación profiláctica.

Abad Alonso, Rafael; Zubiaga Toro, Lorea; Enríquez Valens, Pablo; Ortiz Sebastián, Sergio. *Hospital General Universitario, Alicante*

Introducción: El sangrado post quirúrgico a cirugía bariátrica si bien no es una complicación frecuente (0,6-4,4%) si puede llegar a ser grave. Estas hemorragias suelen ocurrir en la línea de grapado y pueden ser intra peritoneales o bien intraluminales, estas últimas pueden complicarse con oclusión intestinal además de la anemia propia del sangrado. El objetivo de este estudio fue revisar la incidencia de sangrado tras cirugía bariátrica en nuestra unidad e identificar posibles factores que estén relacionados con esta complicación. **Material y métodos:** se llevó a cabo un estudio retrospectivo de los primeros 145 pacientes intervenidos en nuestra unidad desde Junio 2007 hasta Agosto 2010. En ese período se realizaron 98 bypass gástricos y 47 gastrectomías tubulares, todos ellos por vía laparoscópica. Todos nuestros pacientes siguiendo la vía clínica recibieron (desde el ingreso el día previo a la intervención y hasta el momento del alta)

dosis de HBPM ajustada al peso y medidas mecánicas profilácticas estándar contra la TVP y el TEP. Se recogieron como variables la técnica empleada, la forma de presentación de la hemorragia, el tiempo desde la intervención, la terapéutica empleada, la toma de antiagregantes y/o anticoagulantes de forma crónica, disminución del hematocrito y hemoglobina o alteración de los valores de la coagulación. **Resultados:** Un total de 13 pacientes (8,9%) presentaron hemorragia postoperatoria, de los cuales 7 fueron sometidos a bypass gástrico (53,85%) y 6 gastrectomías tubulares (46,15%). Las formas de presentación fueron melenas en 5 casos (38,46%) y sangrado a través del drenaje abdominal en 8 pacientes (61,54%). De los 13 casos sólo 4 presentaron inestabilidad hemodinámica (30,77%) y 6 pacientes (46,15%) requirieron transfusión de hemoconcentrados. En 10 casos (76,92%) la presentación fue precoz (en las primeras 12 horas postoperatorias) y en 3 (23,08%) tardías (pasadas 48 horas). En relación a la medicación, 4 de los pacientes (30,77%) tomaban anticoagulantes de forma crónica, y 2 (15,38%) anti agregación oral. Si comparamos estos datos y con el total de nuestros pacientes (145), 9 tomaban anticoagulantes y 27 antiagregantes lo que supone que el 44,44% de los anticoagulados presentaron hemorragia post-operatoria frente al 7,4% de los anti agregados. En cuanto al tratamiento quirúrgico, 4 pacientes (30,77%) requirieron de revisión en quirófano y 1 fue tratado mediante endoscopia digestiva alta, los restantes 8 pacientes fueron tratados de forma conservadora con relleno vascular y supresión de la HBPM. El descenso medio de la hemoglobina de los pacientes fue de 5,29 (1,6-9,8gr/dl.) el INR medio de todos los pacientes en el momento del sangrado fue de 1,32 (1,05-2,5). El índice de Quick medio fue de 72,36 (32-93%) y la estancia media se alargó hasta los 11,67 días (6-19). **Conclusiones y discusión:** L hemorragia postquirúrgica es más frecuente en pacientes con anticoagulación crónica que en los pacientes anti agregados o sin tratamiento previo, sin embargo la mayoría de las hemorragias son auto limitadas o ceden con medidas conservadoras (recuperación de volumen, transfusiones y suspensión de HBPM profiláctica) precisando en un bajo porcentaje de revisión quirúrgica. Acerca de los distintos tipos de presentación, la intraluminal es más frecuente tras un bypass gástrico y la intra peritoneal tras una gastrectomía tubular. En la actualidad y en vista de los resultados nos hemos planteado cambiar la pauta profiláctica de HBPM, iniciándola transcurridas 24 horas de la intervención, así como ser más estrictos en cuanto su dosificación.

O-47. Fístulas en la GVL: un problema de tamaño y características del tubo/presión.

Enríquez Valens, Pablo; Zubiaga Toro, Lorea; Abad Alonso, Rafael; Recalde, Cesar; Ortiz Sebastián, Sergio; Estrada Caballero, Jose Luis; Lluís Casajuana, Félix. *Hospital General Universitario, Alicante*

Desde hace varios años que la Gastrectomía Tubular (GT) pasó de ser un primer escalón para técnicas como el cruce duodenal o el bypass gástrico, para convertirse en una técnica de cirugía bariátrica por sí misma. Bien sea por los buenos resultados que se obtienen en relación a la disminución de peso y la mejoría de las comorbilidades que acompañan a la obesidad, o porque desde el punto de vista de su ejecución, resulta técnicamente más sencilla para los cirujanos realizar este procedimiento por vía laparoscópica. Pero a medida que ha ido aumentando el número de pacientes sometidos a GVL, se empezó a evidenciar una serie de complicaciones que en principio no se consideraron relevantes pero que a día de hoy generan ciertas dudas y reservas a la hora de indicar este tipo de cirugía. Una de estas complicaciones de importancia sin duda por lo difícil de su manejo es el fallo en la línea de grapado gástrico y su consecuentes fístula. La incidencia de fístula después de una GV varía de rangos tan dispares con series que van del 0 al 20%, siendo lo más habitual un 5%. Lo que caracteriza a estas fístulas es que se encuentran con mayor frecuencia a nivel de la tercera porción proximal del estómago cercanas al ángulo de His. A ese nivel su tratamiento y control de las complicaciones (incluso a nivel torácico) es complejo. Diversas teorías han ido surgiendo en estos años que tratan de explicar el origen de la fístula en la GT. En un principio se pensó que el problema se debía a los dispositivos de grapados y las casas comerciales se volcaron a mejorar cada vez más el diseño de las endo grapadoras, así como desarrollar sustancias sellantes. Sin embargo, los casos de fístula seguían sucediéndose. Nuevos estudios enfocaron la situación hacia un problema tisular, debido a isquemia o lesión de los tejidos debido al uso inadecuado de los dispositivos de electrocauterio, en el afán de evitar las hemorragias tan frecuentes en la línea de grapado. No obstante el tomar precauciones en este sentido tampoco mejoraba en gran medida las estadísticas. Desde hace un tiempo se está manejando una nueva hipótesis, que asocia el desarrollo de las FA a los cambios en el volumen y las presiones del tubo gástrico. Parece evidente que el neo estómago actúa como un tubo rígido con poca compliance que produce elevadas presiones a nivel intraluminal y por tanto termina por afectar a las áreas de mayor debilidad tisular (el tercio proximal.) En base a esta hipótesis presentamos nuestra casuística, donde de un total de 37 pacientes operados mediante GT 5 (**13,51%**) han presentado una fístula. El análisis de estos casos nos ha revelado que la génesis de esta complicación es con probabilidad un problema de volumen y presión, cuyo desenlace final ha sido diferente para cada paciente, pero con un elemento en común, el difícil control de las fístulas y la prolongada estancia hospitalaria.

O-48. Utilidad de la Tomografía Computada en la evaluación postoperatoria de las complicaciones de la cirugía bariátrica

Cerdán Santaacruz, Carlos; Cano-Valderrama, Óscar ; Conde Rodríguez, María ; Arrúe, Emmy; Quiroz Mercado, Pilar; Cabrerizo, Lucio; Díez Valladares, Luis; Rubio, Miguel Ángel ; Sánchez-Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José .
Hospital Clínico San Carlos, Madrid

Introducción: El paciente obeso mórbido, condicionado tanto por su comportamiento paucisintomático como por las comorbilidades que asocia, es un paciente de alto riesgo en el que la detección precoz de complicaciones postoperatorias es de gran importancia para la resolución de estas. **Objetivo.** Analizar la utilidad de la realización de tomografía computada abdominal (TC) en el postoperatorio de cirugía bariátrica ante la sospecha de complicaciones abdominales. **Material y métodos.** Se han incluido en el análisis 97 pacientes intervenidos por obesidad mórbida durante el año 2010. Los criterios para solicitar TC abdominal en el postoperatorio han sido: a) sospecha de complicación abdominal grave por la presentación de fiebre, dolor, leucocitosis o criterios de shock y b) ante la evidencia de complicación abdominal grave (fístula) como método de evaluación para la elección del tratamiento adecuado. **Resultados:** Se han intervenido 22 varones y 75 mujeres (23% / 77%) con una edad media de 46,6 años (18-70) y un IMC medio de 44,5 (24,75 - 66,67). Durante el postoperatorio inmediato (1º a 11º día postoperatorio (media 5.2 días) se han realizado 17 TC abdominales lo que supone un 17,5% de los casos intervenidos. La indicación para solicitar el TC fue: en 9 casos fiebre con o sin leucocitosis y/o dolor abdominal, en 4 casos dolor abdominal aislado, 3 pacientes con criterios de shock y 1 por presencia de débito entérico por el drenaje. De los 17 TC realizados 6 de ellos resultan positivos: 5 fístulas y 1 colección intraabdominal. Entre los pacientes con fiebre se detectaron 1 caso de fístula y 1 caso con colección intraabdominal, siendo los otros 7 estudios negativos (77 %). Todos los estudios realizados en pacientes con dolor abdominal como único síntoma resultaron negativos (100%). Los 3 pacientes que presentaron criterios clínicos de shock tenían fístula intestinal demostrada en el TC. En el paciente con fístula clínica se comprobó el buen drenaje de la misma y la ausencia de colecciones intra abdominales, lo que permitió un manejo conservador de la misma. Los pacientes con TC negativos fueron dados de alta con un tiempo medio de ingreso de 13 días, y ninguno de ellos tuvo complicaciones tras el alta. Este tiempo de estancia es no significativamente superior al que presentan los enfermos con un curso postoperatorio sin incidencias (estancia media de 7,5 días; $p > 0,05$). **Conclusiones.** En el 17% de los pacientes intervenidos se considera preciso realizar un TC en el postoperatorio; de ellos un 64% resultan negativos. El TC es una herramienta útil en la evaluación de posibles complicaciones abdominales en pacientes obesos ya que tiene una sensibilidad próxima al 100% para la detección de fístulas y de colección intraabdominal. De igual modo en pacientes que presentan síntomas y no existe ningún otro foco que lo justifique la realización del TC abdominal permite dar el alta a estos pacientes con suficiente margen de seguridad garantizando la no presentación de complicaciones tardías y sin alargar de forma significativa el ingreso hospitalario. En pacientes con complicación conocida el resultado del TC permite establecer cuál es la mejor estrategia terapéutica.

O-49. BPGLYR versus GVL EN EL TRATAMIENTO DE LA OBESIDAD MORBIDA. ESTUDIO PROSPECTIVO DE 117 PACIENTES CON SEGUIMIENTO DE 2 AÑOS

Leyba, José; Navarrete Aulestia, Salvador; Navarrete Llopis, Salvador. *Universidad Central de Venezuela, Caracas*

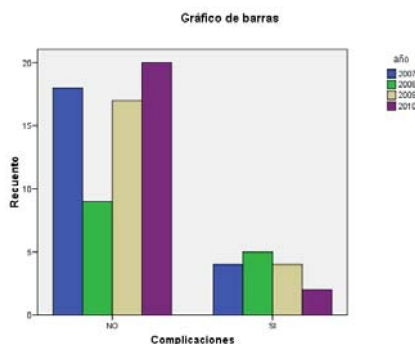
El bypass gástrico laparoscópico en Y de Roux (BPGLYR) es uno de los procedimientos bariátricos más usados en la actualidad, y la gastrectomía vertical laparoscópica (GVL) como procedimiento único para el tratamiento de la obesidad mórbida está ganando gran popularidad. En el presente estudio comparamos ambas técnicas de manera prospectiva para determinar si existe superioridad de una sobre la otra basados en la morbilidad y efectividad de cada una. Desde Enero de 2008 hasta Diciembre de 2008, 117 pacientes obesos con indicación para cirugía bariátrica fueron asignados, por elección propia y bajo consentimiento informado, a BGLYR (n= 75) ó GVL (n= 42). Se determinó el tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbilidad, mejoría de comorbilidades, y pérdida del sobrepeso perdido (PSP) a los 2 años de posoperatorio. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a edad, sexo, IMC, y comorbilidades preoperatorias. El tiempo operatorio promedio de la GVL fue de 82 min mientras que para el BGLYR fue de 98 min ($p < 0,05$). Las diferencias en estadía hospitalaria, complicaciones mayores, mejoría de comorbilidades, y PSP no fueron estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Dos años luego de la cirugía el promedio de PSP en el BGLYR fue de 78.5% mientras que para la GVL el mismo fue de 75.4% ($p > 0,05$). Concluimos que en el corto plazo, ambas técnicas son comparables en cuanto a seguridad y efectividad, sin existir entonces superioridad de alguna de ellas.

O-50- CURVA DE APRENDIZAJE EN EL BPG CON ANASTOMOSIS GASTROEYUNAL MANUAL

Antequera, Alfonso; Medina, Manuel; Garcia, Alejandro; Carrión, Lucia ; Lopez, Cristina; López, Pedro; Fernandez, Fernando; Pereira, Fernando . *Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada*

Introducción: Desde que en 1991 Wittgrove y Clark realizaron el primer bypass gástrico por vía laparoscópica, este se ha convertido en la intervención bariátrica más frecuentemente realizada en todo el mundo. No obstante, no existe un

procedimiento estandarizado, contando con numerosas variantes técnicas, sobre todo en lo referente a la forma de realizar la anastomosis gastro yeyunal y a la situación del asa alimentaria. **Objetivo:** Analizar la curva de aprendizaje de una variante técnica del BPGLYR, consistente en la realización de una anastomosis gastro yeyunal manual con el asa alimentaria situada en posición ante cólica. **Material y métodos:** Análisis prospectivo de los 79 pacientes sometidos a BPGLYR desde el año 2007 al 2010, con una edad media de 40,48 años, 78,5% mujeres y un IMC medio 46,5 Kg/ m2. Con una media de seguimiento de 19 meses sin haber perdido ningún paciente durante el mismo. No se ha producido mortalidad. Las complicaciones han ocurrido hasta en un 19 % de los pacientes, con un 11 % de re intervenciones y un 7% de fistula anastomótica. El TEP afectó a un 3,8% y la Atelectasia -neumonía a un 5.1%. Las complicaciones se han reducido en un 50% coincidiendo aproximadamente con la barrera del caso numero cincuenta. En concreto, la fistula anastomótica se ha reducido a un solo caso en cada uno de los dos últimos años. No se han producido hernias internas. **Conclusiones:** La anastomosis manual es más difícil de ejecutar, puede conllevar el aumento de fistulas durante la curva de aprendizaje y aumenta el tiempo quirúrgico pero tiene la ventaja de evitar la imprevisibilidad de las suturas mecánicas, sobre todo en su versión circular, y presentar un menor número de estenosis. La situación ante cólica reduce la incidencia de hernias internas.



O-52. CIRUGÍA REVISIONAL TRAS 1719 INTERVENCIONES DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

Casajoana Badía, Anna; García Ruiz De Gordejuela, Amador; Pujol Gebelli, Jordi; Secanella Medayo, Lluís; Fernandez Alsina, Enric; Bonet, Xavier; Masdevall Noguera, Carles. *Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat*

Introducción. La evolución tanto en la técnica como de volumen de la cirugía bariátrica, así como el tratamiento multidisciplinar de la obesidad mórbida hacen cada vez más importante el estudio y tratamiento de las complicaciones de la cirugía primaria. En este trabajo se analizan los casos de cirugía revisional tratados en nuestra Unidad. **Material y Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de cirugía revisional intervenidos entre 1990 y diciembre de 2010 en nuestro Centro. Se excluyen del estudio los segundos tiempos de cruce duodenal y las cirugías urgentes por complicaciones inmediatas. Las variables de estudio son cirugía primaria y de revisión realizadas y las indicaciones de la segunda cirugía. **Resultados.** En el periodo de tiempo estudiado, se han realizado 1719 cirugías bariátricas, de las cuales 67 han sido de revisión (4%). La principal causa de cirugía revisional ha sido la pérdida ponderal inadecuada, 38 pacientes (56.7%). La banda gástrica con 16 casos y la GVA (16 casos) son las cirugías que más frecuentemente han tenido que ser revisadas por escasa pérdida ponderal. La técnica escogida en la mayoría de los casos fue el bypass gástrico (26 pacientes. 68.42%). La segunda causa más frecuente de reconversión fueron los vómitos o el reflujo debido a estenosis o problemas con bandas (13 casos de GVA y 6 de banda gástrica), siendo el bypass también la técnica más comúnmente escogida para la revisión. Otras causas de revisión fueron fistulas gastro-gástricas (6 casos), y déficits nutricionales graves (2 casos). **Conclusiones.** En nuestra experiencia la principal causa de cirugía revisional fue la escasa pérdida ponderal, siendo las cirugías restrictivas las técnicas con mayor necesidad de revisión. En la mayoría de los casos la técnica escogida para la reconversión fue el bypass gástrico.

O-53. BPGBL. EXPERIENCIA DE 12 AÑOS.

Cruz Vigo, Felipe De La⁽¹⁾; Cruz Vigo, José Luis De La⁽²⁾; Sanz De La Morena, Pilar⁽²⁾; Canga Presa, José M^a⁽²⁾; Gómez Rodríguez, Pilar⁽¹⁾; Martínez Pueyo, José Ignacio⁽¹⁾; Beteta Gorriti, Alberto⁽¹⁾; Osorio Silla, Irene⁽¹⁾. ⁽¹⁾ *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*, ⁽²⁾ *Clínica San Francisco, León*.

Objetivo: El criterio de éxito más importante en la valoración de las técnicas de cirugía bariátrica es su capacidad de mantener la pérdida de peso obtenida a largo plazo; el bypass gástrico con banda descrito por Capella mejora los resultados del estándar. ¿Es factible, seguro y con resultados superponibles al abierto el bypass gástrico con banda realizado por laparoscopia (BGBL)? **Material y Métodos:** Desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2010, 1441 pacientes han sido intervenidos mediante BGBL (banda de polipropileno de 6,5 cm de perímetro). La edad media de los pacientes era 37 años. El peso 129 kg. El Índice de Masa Corporal (IMC) 45 y las comorbilidades 2,9 por paciente. El porcentaje de exceso de peso 104,3%. A 139 se les asoció colecistectomía por coleditiasis. **Resultados:** La duración media de la intervención fue de 115 min. Una paciente fue convertida (0,07%) al no poder resolver una fuga de azul de metileno al final de la intervención. Mortalidad 2 (0,14%). Complicaciones mayores (3,6%): 20 fístulas (1,4%), 13 hernias internas, 3 abscesos intra abdominales, 6 hemorragias, 1 parada cardiorespiratoria intra operatoria, las más importantes. La estancia media ha sido 3 días. El porcentaje de exceso de peso perdido a los 2 años ha sido el 80% y a los 5, el 76%. El IMC a los cinco años ha sido 29 y el peso perdido 42 kg. Los superobesos obtienen peor resultado ponderal, sin alcanzar diferencias significativas. **Conclusiones:** Nuestra técnica de BPGBL confirma su reproducibilidad y seguridad, mostrando una excelente curva de pérdida de peso.

O-54. PATOLOGÍA CARDÍACA EN CANDIDATOS A CIRUGÍA BARIÁTRICA: DIAGNÓSTICO Y REPERCUSIONES POSTOPERATORIO

Estévez Fernandez, Sergio; Sánchez Santos, Raquel; González Fernandez, Sonia ; González Castro, Ana; Barreiro Pardal, Cristina; Taboada Ben, María Rosario; Brox, Antonia; Tomé Espiñeira, Catherine; Mariño Padín, Esther ; Piñón Cimadevila, Miguel Angel.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra

Introducción: La patología cardíaca es una de las comorbilidades más temidas en el paciente candidato a cirugía bariátrica. El estudio y la optimización de la patología cardíaca previa a la cirugía pueden contribuir a prevenir posibles complicaciones cardíacas en el postoperatorio. En este estudio analizamos la frecuencia de patología cardíaca en los pacientes candidatos a cirugía bariátrica, los factores de riesgo de presentación de dicha patología y su relación con las complicaciones postoperatorias. **Pacientes y métodos:** Se analiza retrospectivamente una base de datos prospectiva de pacientes consecutivos sometidos a cirugía bariátrica en nuestro centro (03/2006-03-2010). Se analizan las patologías cardíacas conocidas y las diagnosticadas en el estudio preoperatorio mediante ecocardiograma (realizado a todos los pacientes). Se realiza un análisis de las alteraciones eco cardiográficas (AE) y un estudio multivariado de factores de riesgo de AE: variables: edad, sexo, IMC, HTA, DM, hipercolesterolemia, antiagregantes. Se evalúa la relación entre AE y complicaciones cardiorrespiratorias. Análisis estadístico: regresión logística multivariada (SPSS 16.0). **Resultados:** 160 pacientes incluidos en el protocolo de cirugía bariátrica (03/06-03/10). 84% eran mujeres, edad 39.5±10.3 (18-63), IMC medio 48.5±7.08 (35-71). Patologías cardíacas conocidas: HTA 48.5%, 1 cardiopatía isquémica (0.6%), 1 fibrilación auricular (0.6%). Un 3.6% tomaban antiagregantes. Otras comorbilidades conocidas: DM 14.4%, dislipemia 23.5%, SAOS 15.6%. Dos pacientes se excluyeron de la cirugía por causas cardiológicas (1.25%) Un paciente fue rechazado para la cirugía bariátrica por insuficiencia cardíaca, estando pendiente de trasplante cardíaco. Otra paciente rechazó voluntariamente la cirugía tras comentar el riesgo perioperatorio con el anestésista (fracción de eyección del 40%, con dilatación de VI y motilidad reducida). En el ecocardiograma se encontraron alteraciones en un 17.6%. La FEV1 media fue 65.4±7.5% (46-86), sólo 5 pacientes presentaron FEV1 <50%. En un 16.2% de pacientes se encontraron alteraciones valvulares no conocidas previamente (en 8 casos IAo leve, en 9 pacientes IM leve, en 13 pacientes IT leve y una EAo moderada). En un 4.5% se encontró dilatación del VI y en 9.6% HTPP leve (diagnosticadas de novo). En el estudio multivariado de factores pronósticos de Alteraciones eco cardiográficas, el único factor independiente fue la HTA (OR:3.23;1.27-8.24). Los hipertensos tienen una mayor frecuencia de HVI (18.2%vs 3.8%,p=0.014), mayor frecuencia de alteraciones valvulares (28%vs10%), de dilatación de VI (9.1%vs0%) y de HTPP(12.8%vs 6.3%). Todas las alteraciones encontradas en pacientes sin HTA fueron consideradas leves. Ninguno de los pacientes sin HTA presentaba síntomas clínicos de enfermedad cardíaca. El diagnóstico preoperatorio de enfermedad valvular, dilatación del VI, FEV1<50% o HTPP fue motivo de modificación del manejo intraoperatorio por parte del anestésista (17.6% de pacientes), así como el diagnóstico de HTA (48.5%). En cuanto a las complicaciones postoperatorias: un 7.8% presentaron atelectasia en la radiología con escasa repercusión clínica, 0.6% neumonía. No hubo ningún caso de descompensación cardíaca. Las AE no tuvieron correlación con las complicaciones postoperatorias. **Conclusión:** Los pacientes obesos mórbidos asocian con frecuencia patología cardíaca, que en ocasiones no ha sido diagnosticada previamente. Un adecuado estudio preoperatorio puede incrementar el porcentaje de patologías cardíacas diagnosticadas preoperatoriamente que pueden influir en el manejo anestésico intraoperatorio. El ecocardiograma, aunque no resulta coste-eficaz si se realiza de forma sistemática, puede ser de ayuda en los pacientes hipertensos. Con un manejo adecuado, la patología cardíaca controlada no se asocia a un aumento de las complicaciones postoperatorias en la cirugía bariátrica.

O-55. Bypass duodeno-ileal en una anastomosis frente a cruce duodenal clásico como segundo tiempo tras GVL en la obesidad súper-mórbida

Conde Rodríguez, María; Gortázar Pérez-Somarrriba, Ángel; Rodríguez Gómez, Lorena; Cano-Valderrama, Óscar; López De Fernández, Alina; Cabrerizo, Lucio; Martín García-Almenta, Esther; Rubio, Miguel Ángel; Sánchez-Pernaute, Andrés; Torres García, Antonio José. *Hospital Clínico San Carlos, Madrid*

Introducción. Entre las opciones técnicas para la realización de un segundo tiempo quirúrgico tras gastrectomía vertical (SG), en los pacientes con IMC inicial mayor de 50 los mejores resultados se obtienen con cirugías malabsortivas, generalmente cruce duodenal. Nuestro grupo introdujo hace 4 años el bypass duodeno-ileal en una anastomosis con SG (SADI-S), que como cirugía primaria ha demostrado sus buenos resultados a corto plazo. **Objetivo.** Comparar los resultados ponderales a corto plazo de la reconstrucción clásica en Y de Roux del cruce duodenal frente a los de la reconstrucción en una anastomosis tras SG del SADI-S. **Pacientes y método.** Se han intervenido 13 pacientes, 7 hombres y 6 mujeres, con una edad media de 40.5 años y un IMC inicial de 60.2 kg/m². Tras la SG los pacientes fueron seguidos en consulta, y en el momento que se detectó detención de la pérdida de peso o re ganancia ponderal se programó el segundo tiempo quirúrgico. De forma aleatorizada y con consentimiento de los pacientes, se asignó la reconstrucción en una o en dos asas. **Resultados.** 7 pacientes se sometieron a cruce duodenal clásico (CD), con canal común entre 50 y 75 cm y asa alimentaria de 250 cm, y 6 a SADI-S con canal común de 250 cm. El IMC inicial fue de 57 y 63.9, respectivamente (p = 0.055). El tiempo medio entre las dos cirugías fue de 29 y 23 meses respectivamente, con pérdidas (PSP) tras la SG de 49.5% e 38.5% (CD vs SADI-S) (p=0.19). La duración media de la segunda intervención fue 167', 194' para el CD y 136' para el SADI-S (p= 0.07). La PSP con relación al IMC de los pacientes en la segunda intervención fue a los 3 meses (CD vs SADI-S) de 31 y 24%, p = 0.056; a los 6 meses de 49 y 39%, p = 0.08; a los 9 meses de 49 y 62%, p = 0.33; y a los 12 meses de 59 y 63%, p = 0.19 La pérdida global, desde el IMC inicial fue, al año del segundo tiempo, de 71 vs 76% (p = 0.6). El número medio de deposiciones diarias fue 4.6 tras CD y 2.8 tras SADI-S (p = 0.16). **Conclusiones.** La reconstrucción en un asa tras SG obtiene una pérdida de peso similar al CD clásico, con un menor tiempo quirúrgico. En nuestra experiencia no existe justificación para realizar un CD en Y de Roux tras SG en el paciente inicialmente súper-mórbido.

O-56. ¿POR QUÉ HACEMOS EL BPGBL?

Cruz Vigo, José Luis De La ⁽¹⁾; De La Cruz Vigo, Felipe ⁽²⁾; Canga Presa, J.M. ⁽¹⁾; Sanz De La Morena, Pilar ⁽³⁾; Gómez Rodríguez, Pilar ⁽²⁾; Martínez Pueyo, José Ignacio ⁽²⁾; Beteta Gorriti, A. ⁽⁴⁾; Osorio Silla, I. ⁽⁴⁾. ⁽¹⁾ *Clinica San Francisco, León*, ⁽²⁾ *Hospital Nuestra Señora del Rosario, Madrid*, ⁽³⁾ *Clinica San Francisco, León*, ⁽⁴⁾ *Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid*.

Objetivo. Los criterios de éxito más importantes en la valoración de las técnicas de cirugía bariátrica son su capacidad de mantener la pérdida de peso obtenida a largo plazo y la resolución o mejoría de las comorbilidades. El bypass gástrico con banda (BPGGB) descrito por Capella mejora los resultados del estándar tanto en cirugía abierta como en laparoscópica. Pero hay otra serie de factores que pueden modificar nuestra decisión sobre la técnica a escoger entre las cinco más utilizadas en la actualidad: Bypass gástrico, GVA, Banda Gástrica ajustable, GVL o DBP todas ellas por laparoscopia. ¿Siguiendo siendo el Bypass Gástrico nuestra elección si analizamos otros parámetros como la mortalidad operatoria, las complicaciones postoperatorias inmediatas y tardías, y la tolerancia alimenticia y calidad de la ingesta? **Material y método:** Comparamos nuestros resultados obtenidos en 1441 pacientes intervenidos mediante BGBL (banda de polipropileno de 6,5 cm de perímetro), desde Junio de 1999 hasta Diciembre de 2010, con las otras técnicas utilizadas en lo relativo a los seis parámetros analizados. Para ello hemos analizados los datos disponibles en la literatura, tanto de meta análisis como series individuales o multicéntricas significativas. **Resultados:** En lo referente a la pérdida de peso y su mantenimiento a largo plazo iguala los resultados del DBP, siendo superior al resto de las técnicas. En cuanto a la resolución de las comorbilidades (hipertensión, diabetes tipo II, hiperlipemia y SAOS), se sitúa en segundo lugar, por detrás de la DBP. **Respecto de la mortalidad:** Banda Gástrica: 0.07%, Bypass Gástrico con banda: 0.15%, GVL: 0.36%, DBP: 1.11%. Analizando las complicaciones mayores postoperatorias inmediatas se sitúa en segundo lugar junto a la GVL y tras la Banda Gástrica. Las complicaciones mayores tardías, que condicionan re intervención, están representadas por las hernias internas, el desplazamiento de la banda o el reservorio, el reflujo gastro esofágico, la escasa pérdida de peso o la re ganancia, la excesiva pérdida la diarrea intratable... En ellas el Bypass gástrico es de las técnicas más seguras. Por último en lo referente a la tolerancia alimenticia y calidad de ingesta, la única que presenta diferencias significativas, en sentido negativo, es la Banda Gástrica ajustable. **Conclusiones:** En el análisis de los parámetros que condicionan la elección de una técnica de Cirugía Bariátrica, nuestra técnica se compara favorablemente con el resto de intervenciones en uso en la actualidad. Por ello utilizamos casi siempre el Bypass Gástrico con Banda por Laparoscopia en nuestros pacientes.

O-57. INTERVENCIÓN DIETETICO-NUTRICIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A GVL: RESULTADOS EN 189 CASOS Y 17 MESES DE SEGUIMIENTO

Amador Martí, Lydia; Ferrer Valls, Jose Vicente; Sanahuja Santafé, Angel; Melero Puche, Yolanda.

Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia

Introducción: La GV, es una intervención cada vez más utilizada, que causa tanto una disminución brusca de la capacidad gástrica, como una importante merma en la función digestiva. La mayoría de las dificultades se presentan durante los primeros meses postoperatorios, de manera que resulta fundamental una perfecta orientación y seguimiento nutricional que facilite la readaptación y evite la desnutrición. El estudio pretende analizar los resultados clínicos obtenidos en un grupo de pacientes intervenidos de obesidad severa o mórbida, mediante GVL, asociado a un programa de apoyo multidisciplinar. **Pacientes y metodología:** El estudio se realiza sobre un total de 189 pacientes, de los que se obtienen datos con distinta "n" según el momento evolutivo. El estudio e intervención nutricional incluye las siguientes fases: **1-Evaluación nutricional y antropométrica preoperatoria:** anamnesis completa, cuestionario de frecuencia de consumo alimentario y de hábitos dietéticos, recordatorio de 24h. **2-Intervención preoperatoria:** dieta hipocalórica, hiperproteica, líquida y pobre en residuo. **3-Intervención postoperatoria:** dieta progresivas de **textura modificada**. **4-Seguimiento dietético** mensual de dos años que incluye: **A-Evaluación antropométrica:** recalando evolución de IMC y % de SPP. **B-Reeducación Nutricional:** Adquisición de hábitos dietéticos saludables y corrección de los erróneos. Educación en pautas específicas: alimentos recomendados y limitados, modo de realización de las ingestas (cinco al día mínimo, despacio, en menaje de postre, toma de líquidos fuera de las ingestas principales), uso de tecnologías culinarias sencillas y jugosas, pautas para evitar déficits nutricionales (hincapié en ingesta adecuada de proteínas, Calcio y Hierro). Destacan los hallazgos de las siguientes dificultades y síntomas: Reflujo G-E y Vómitos en alguna ocasión, hasta en el 80 % de casos durante los primeros 6 meses. Necesidad de IBP durante los primeros 3 a 6 meses en la gran mayoría de pacientes, hasta un 10% lo toman al año de la intervención. Casos aislados de sensación de debilidad, asociados a poca ingesta de alimentos necesarios para cubrir las necesidades energéticas diarias. Mala tolerancia inicial a las carnes en general y sobre todo secas. Anemias ocasionales por insuficiente ingesta de fuentes dietéticas de hierro, Ácido fólico o B12. Casos ocasionales de mayor intolerancia a la leche. 14 (6,7%) casos de hiperparatiroidismo secundario por aparente déficit de ingesta de calcio, y que se normaliza con suplementos de calcio y vitamina D. Estreñimiento en el 50% de los casos por ingesta insuficiente de fibra y líquidos, durante las primeras semanas post operatorias. Caída de cabello intensa, en relación de déficit de hierro y selenio. La intervención dietética (calidad alimentos), higiene alimentaria (masticación), la distribución de las comidas, los métodos culinarios, la administración de IBP y suplementos vitamínicos y calcio, han sido claves para una adaptación progresiva y final normalización tras la intervención de GTL. Dicha "normalización" se produce como media a los 6 meses de la intervención quirúrgica. **Conclusión:** Es fundamental e imprescindible, una correcta y constante intervención dietético-nutricional tras la intervención tras restrictiva como la GTL. Esta intervención debe asociarse a controles medico quirúrgicos y idealmente a terapia psicológica cognitivo-conductual. En nuestra experiencia, este apoyo *multidisciplinar, es el que nos aporta mejores resultados.*

O-58. EFICACIA DEL BALON INTRAGÁSTRICO EN OBESIDAD MODERADA: TASA DE FRACASOS Y EVOLUCION A LOS 24 MESES

Sanahuja Santafé, Angel; Ferrer Valls, Jose Vicente; Amador Martí, Lydia; Melero Puche, Yolanda; Sempere Sanchis, Javier.

Clínica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia

Introducción y objetivos: 1-Evaluar los resultados del Balón Intragástrico (BIG) asociado a terapia de cambio de hábitos dietéticos, psicológicos y de estilo de vida. 2- Evaluar la evolución del peso en los pacientes que perdieron más del 25% del su sobrepeso (%SPP>25%). **Metodología:** Estudio realizado sobre 104 pacientes, IMC medio de 37 (r: 27.6-56,18). Implantación de BIG (BioEnterics IntraGastric Balloon) mediante gastroscopia son sedación en la sala de endoscopias. Intervención psicológica y dietética, individual y grupal durante 6 meses. Seguimiento tras la retirada a los 12 meses, 18 meses y 24 meses iniciado el tratamiento. **Resultados: Complicaciones:** 4 retiradas durante las primeras semanas por intolerancia. 1 retirada la 2º semana por alergia. 7 retiradas a partir del 5 mes por retención de restos vegetales y gastritis. **Conclusiones:** Tras la retirada del BIG, el resultado ha sido satisfactorio en el 74% de los casos, mientras que un 26% de pacientes han fracasado (disminución de un 11% del sobrepeso). Los pacientes con una pérdida de peso adecuada, mantienen en un 37% dicha pérdida a los dos años. Se observa que los pacientes que inicialmente cambiaron sus hábitos dietéticos, emocionales-conductuales con los alimentos y de estilo de vida, mantienen mas fácilmente la pérdida de peso.

O-59. RESULTADOS DEL BPG A LARGO PLAZO

Martinez Blázquez, Cándido; Martinez De Aragón Ramirez De Esparza, Gabriel; Serrano Fernandez, Blanca ; Vitores Lopez, Jose Maria; Sierra Esteban, Valentín ; Valencia Cortejoso, Juan ; Balsera Rodriguez, Francisco Javier; Barrutia Leonardo, Jon; Arrillaga Alcorta, Iratxe. *Hospital Txagorritzu, Vitoria*

Objetivos: Valorar la situación a largo plazo de nuestros pacientes intervenidos con bypass gástrico, en relación con la pérdida de peso y el control de la diabetes tipo II. **Material y métodos:** Se estudia una cohorte de 104 pacientes controlados a 5 y 10 años a los que se practicó bypass gástrico, con anastomosis circular CEEA 25 y confección de asa biliopancreática de 40 cm ó 200 cm de longitud en función de su IMC ≥ 50 Kg/m². Se determina el PSP, el porcentaje de pacientes que tienen más del 50% de PSP. Se cuantifica el descenso del IMC desde la intervención quirúrgica. El control de la diabetes se mide en función de la necesidad de medicación. **Resultados:** El porcentaje de SPP a 5 años fue de 69,21 y de 63,57 a 10 años. El 85,47 % de los pacientes tenían más del 50% SPP a 5 años y 75,25% SPP a 10 años. El IMC descendió desde 47,29Kg/m² a 33,26Kg/m² a diez años. El control de la diabetes fue efectivo a los 10 años, con una variación de las necesidades de medicación del 56,1% de los pacientes en el momento de la intervención al 15,4% ($p < 0,002$). **Conclusiones:** El bypass gástrico se muestra efectivo en el control de pérdida de peso tanto a 5 como a 10 años. La necesidad de medicación para el control de la diabetes tipo II disminuye significativamente a los 5 años, manteniéndose a los 10 años.

POSTERS

P-01. Nuestros primeros resultados con la GVL

Ferrer Márquez, Manuel; Belda Lozano, Ricardo; Ferrer Ayza, Manuel; Maturana Ibáñez, Vanesa; Moreno Serrano, Almudena. *Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería*

INTRODUCCIÓN: La gastrectomía vertical laparoscópica es una nueva herramienta quirúrgica en el tratamiento de la obesidad mórbida. Se trata de una técnica restrictiva cuya eficacia se basa en dos mecanismos: en primer lugar, al tratarse de una técnica puramente restrictiva, produce saciedad temprana; en segundo lugar, reduce los niveles de Ghrelina, hormona estimuladora del apetito. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la obesidad mórbida con dicha técnica. **PACIENTE Y MÉTODOS:** Se han intervenido un total de 52 casos desde febrero de 2009 hasta enero de 2011. Durante la intervención, y tras la liberación de la curvatura mayor, se introduce una sonda de Faucher del número 36. Se comienza la sección gástrica a cinco centímetros del píloro utilizando en las dos primeras secciones cargas de 4,8 y en el resto cargas de 3,5mm. Posteriormente se realiza una sutura invaginante de la línea de sección con monofilamento reabsorbible 2-0. Se comprueba estanqueidad con azul de metileno. A las 72 horas del postoperatorio se realiza tránsito gastro duodenal para comprobar la ausencia de fístulas y/o estenosis. **RESULTADOS:** Se han intervenido un total de 52 pacientes, de los cuales 39 (75%) eran mujeres, y 13 (25%) eran hombres. La media de edad es de 40 años (18-57), con un peso medio de 131,9 Kg; y un IMC medio de 48,86 Kg/m². La estancia hospitalaria media fue de 4 días. Como complicaciones hemos presentado dos fístulas en el postoperatorio (una en la primera y otra en la cuarta semana), y una estenosis completa que obligó a la re intervención de la paciente. Una de las fístulas se solucionó con tratamiento conservador y colocación de endo prótesis, y la otra necesitó tratamiento quirúrgico tras dos intentos de colocar endo prótesis que no resultaron satisfactorios. La mortalidad de la serie ha sido de 0%. El seguimiento medio ha sido de 12 meses. El porcentaje de peso perdido ha sido de 55,8%. **CONCLUSIÓN:** La gastrectomía vertical laparoscópica es una técnica eficaz para el tratamiento de la obesidad mórbida. El hecho de que se haya considerado erróneamente una técnica sencilla, ha llevado a un gran número de cirujanos a practicarla. Sin embargo, no está exenta de complicaciones que pueden poner en peligro la vida del paciente. Debemos, por tanto, ser cuidadosos y meticulosos a la hora de realizar la intervención para intentar disminuir la aparición de complicaciones y obtener los mejores resultados

P-02. Lecciones aprendidas de la curva de aprendizaje en la GVL

Belda Lozano, Ricardo; Ferrer Márquez, Manuel ; Maturana Ibañez, Vanesa; Ferrer Ayza, Manuel. *Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería*

INTRODUCCIÓN: Es un procedimiento descrito inicialmente como un primer paso de procedimientos más complicados como el bypass gástrico o el cruce duodenal, en pacientes con muy alto riesgo quirúrgico con índice de masa corporal superiores a 50, subsiguientemente se encontró que la pérdida de peso inicial de los pacientes sometidos a gastrectomía vertical como única cirugía fue muy buena (aproximadamente entre el 50 y 60% del sobrepeso) trascurrido un año de la cirugía, sin que fuera necesario una cirugía adicional o complementaria. **MATERIAL Y METODOS:** Se realiza un análisis de nuestros primeros 50 casos consecutivos de gastrectomía vertical. **DISCUSIÓN:** Todas las cirugías bariátricas

laparoscópicas implican un alto nivel de experiencia laparoscópica. La manga gástrica, considerada por algunos autores una “técnica fácil” no escapa a esta afirmación. Nosotros hemos observado algunos detalles de interés que nos ayudan a completar la cirugía sin eventos inesperados. La formación específica del equipo quirúrgico en cirugía laparoscópica avanzada y en cirugía bariátrica abierta es fundamental. Es recomendable que el equipo de anestesia y enfermería sea siempre el mismo, especialmente en lo que se refiere a la dinámica de colocar la sonda de Faucher y al test de azul de metileno. No debe colocarse ninguna otra sonda que no sea de Faucher, para evitar confusiones. Al realizar la primera sección con la sutura mecánica no debemos estar muy próximos a la cisura angularis, ya que este es un punto donde frecuentemente se produce estenosis. Es de especial interés la disección completa del fundus gástrico hasta ver nítidamente el pilar izquierdo, con la intención de que en la sección de esta parte no nos quede un “tubo rotado” o bien resulta la resección incompleta del fundus. Si se realiza refuerzo de la sutura, esta debe realizarse con la serosa de ambos lados de la sutura pero no cogiendo la propia línea de grapas. Es preferible realizar la sección con suturas mecánicas que realicen una presa completa del tejido a grapar previa a su sección ya que de lo contrario se producirían fenómenos de “expulsión del tejido”. **CONCLUSIÓN:** La gastrectomía vertical es un procedimiento laparoscópico avanzado que requiere una curva de aprendizaje. A partir de ella pueden obtenerse algunos detalles interesantes que pueden ser de interés para otros grupos.

P-03. MEDIDAS DE PREVENCIÓN DEL TROMBOEMBOLISMO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

García Arnau, Estefanía; Del Barrio Martín, María José ; Madico Cerezo, María Del Carmen; Lozano Calvo, Begoña ; Cárcamo Trapero, Montserrat; Macho Márquez, Silvia; Jerez González, José; Quiñones Sánchez, Cristina; Casado García, María Antonia; Masdevall Noguera, Carlos.

Hospital Universitari de Bellvitge, L´Hospitalet de Llobregat

INTRODUCCIÓN: La enfermedad trombo embólica (ETE) es una de las complicaciones más importantes que pueden aparecer tras cualquier cirugía, y es la primera causa de muerte en el postoperatorio de cirugía bariátrica. Entre otros factores, se debe tener en cuenta que estos pacientes presentan un riesgo adicional de ETE debido a la propia obesidad (IMC>30). La forma de presentación de la ETE determina su gravedad, siendo el tromboembolismo pulmonar (TEP) la más grave y potencialmente mortal, y la más leve la trombosis venosa profunda (TVP). Diferentes autores calculan que tras la cirugía bariátrica el riesgo de EP (Embolia pulmonar) es del 0,8% y el de TVP (Trombosis venosa profunda) de 1,7%. La mortalidad global por ETE está entre el 0,1 y el 2%. El equipo de cirugía bariátrica y el servicio de hemostasia de nuestro hospital, con la finalidad de reducir el riesgo de ETE y basándose en el protocolo americano de profilaxis tromboembólica, ha modificado su anterior protocolo con la introducción de la enoxaparina en el tratamiento de pacientes intervenidos de cirugía bariátrica. **OBJETIVOS:** Definir las medidas profilácticas específicas del tromboembolismo en la cirugía de la obesidad. Difundir el nuevo protocolo de prevención del tromboembolismo en cirugía bariátrica de nuestro centro. Disminuir el riesgo de ETE en el postoperatorio de cirugía bariátrica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Se presenta un protocolo de profilaxis tromboembólica en el que: Se exponen los factores de riesgo y se clasifican en tres grupos. Se definen las medidas profilácticas. Se realiza la difusión del protocolo a todos los profesionales del equipo multidisciplinar mediante sesiones informativas. Se especifica la educación sanitaria profiláctica al paciente y a la familia durante el proceso pre y postoperatorio. **RESULTADOS:** Las medidas profilácticas específicas para el tromboembolismo en la cirugía bariátrica quedan definidas en: farmacológicas, físicas, fisioterapia y educación higiénico-sanitaria. La difusión del protocolo de profilaxis tromboembólica al equipo multidisciplinar ha permitido aplicar las nuevas medidas a 150 pacientes intervenidos de cirugía bariátrica desde febrero del 2010 hasta enero del 2011, habiéndose detectado desde su aplicación un sólo caso de TEP. **CONCLUSIONES:** La ETE es una de las complicaciones más graves en el postoperatorio de cirugía bariátrica. La implicación del equipo multidisciplinar y del paciente en la aplicación y el mantenimiento a largo plazo de las medidas de profilaxis, es indispensable para reducir el riesgo de ETE. En un futuro nos planteamos realizar estudios comparativos para determinar la eficacia del nuevo protocolo de profilaxis tromboembólica.

P-04. DERMOLIPECTOMIA TRAS CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ferrer, Manuel; Ferrer Márquez, Manuel; Belda Lozano, Ricardo; Moreno, Almudena; Maturana, Vanesa.

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería

Tras la Cirugía Bariátrica suceden una serie de alteraciones corporales que afectan a la imagen de la persona intervenida. Estas alteraciones aparecen en cualquier zona corporal, pero más frecuentemente en abdomen, mamas, y pliegues de miembros superiores e inferiores. Son las responsables de una serie de problemas psicológicos y de imagen que presentan estos pacientes y se deben resolver. Normalmente son los Servicios de Cirugía Plástica los encargados de

retornar la imagen ideal (lipoescultura) a estos pacientes. Sin embargo, en bastantes hospitales de la red pública no existe un Servicio de Cirugía Plástica y en esos casos, las demandas de estos pacientes afectados son dirigidas a los propios Cirujanos Bariátricos. En nuestro Servicio, hemos atendido a una serie de pacientes, con la premisa previa consistente en que se asociara una patología quirúrgica añadida, que justificase la intervención que comprendiese su corrección de imagen. Normalmente fueron las hernias y/o eventraciones las causas que indicaron la intervención y por lo tanto estas se asociaron a dermolipectomía por abdómenes péndulos. Presentamos nuestra casuística de 31 casos todos provenientes de Cirugía Bariátrica clásica (abierta). 27 son mujeres, con una edad media de 41,26 años. Según la cirugía practicada, en 28 ocasiones se intervinieron según la técnica en “Flor de Lis” y en 3 casos se practicó “Tummy-Tuck”. En todos los casos se usaron mallas de contención siendo implantadas intra peritoneales en 28 casos. El promedio de peso de tejido extirpado fue de 4.28 kg (780g-11.8 Kg). Las complicaciones de la serie fueron en 1 caso la pérdida del ombligo y en 1 caso distinto el sangrado postoperatorio que obligo a revisión quirúrgica. El resultado estético fue bueno en 27 casos, y malo en 2 casos. En 1 caso se reprodujo la eventración. Como conclusión decimos que las técnicas correctoras plásticas post Cirugía Bariátrica deben conocerse y practicarse, pues son demandadas en modo creciente por los pacientes y no siempre hay un Servicio de Cirugía Plástica que puedan atender a esa demanda.

P-05. INCIDENCIA Y MANEJO DE LA HERNIA INTERNA TRAS BPGL

Socas Macías, Maria ⁽¹⁾; Morales Conde, Salvador ⁽¹⁾; Gómez Cabeza De Vaca, Virginia ⁽¹⁾; Antonio, Barranco Moreno ⁽¹⁾; Méndez, Cristina ⁽¹⁾; Casado Maestre, Maria Dolores ⁽¹⁾; Sciannamea, Gianluca ⁽²⁾; Alarcón Del Agua, Isaiás ⁽¹⁾; Cadet, Hisnard ⁽¹⁾; Padillo Ruiz, Javier ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁽²⁾ H. Bolonia, Italia.

Introducción: La hernia interna es una entidad relativamente frecuente tras el bypass gástrico laparoscópico (0,2-9% según las series). Aunque existen múltiples factores que favorecen su aparición, es la pérdida de peso el más relacionado. La alta sospecha clínica, confirmada o no por la tomografía abdominal urgente con contraste IV, son fundamentales para el diagnóstico precoz de esta patología, que requiere de una pronta actuación para evitar resecciones intestinales innecesarias que podrían condicionar el desarrollo de un intestino corto o la necesidad de desmontar la técnica bariátrica previa en estos pacientes. En este punto la laparoscopia exploradora juega un papel fundamental. **Objetivo:** Analizar incidencia y manejo de la hernia interna tras bypass gástrico laparoscópico (BPGL). **Material y Método:** Analizamos una serie de 70 pacientes obesos mórbidos sometidos a BPGL entre Marzo 2008 y Marzo 2010. Edad media: 39 años e IMC medio: 41,58. En todos se practicó un BPGL con asa alimentaria de 150 centímetros y asa biliopancreática de 30-40 centímetros. Con anastomosis gastro yeyunal mecánica (latero-lateral con EndoGIA 45) ante cólica y retro gástrica. Cierre de la brecha mesentérica sistemáticamente en todos los pacientes con 2 a 3 bolsas de tabaco de sutura irreabsorbible, y no se practicó el cierre del espacio de Petersen en ningún paciente. **Resultados:** Tres pacientes desarrollaron hernia interna a través del espacio de Petersen (Incidencia del 4,3%). El paciente I y II a los 24 meses de la intervención, y el paciente III a los 15 meses. El IMC inicial de los pacientes fue de 51.54, 47.27 y de 38.48. El Porcentaje de Exceso de Peso Perdido en los 3 pacientes fue de un 74%, 93%, 87% respectivamente. La clínica de debut del cuadro agudo fue muy anodina, basada en dolor abdominal importante acompañado de náuseas (no siempre vómitos), con escasa o nula distensión intestinal, y sin peritonismo. En dos de los pacientes se practicó tomografía abdominal con contraste IV, en la que se pone de manifiesto la hernia interna por lo que se laparoscopia exploradora, a las 4-6 horas del ingreso, con reducción de la herniación del asa alimentaria en un caso y del asa común en el otro y cierre posterior de la brecha mesentérica (entre raíz del mesenterio y meso del asa alimentaria). Postoperatorio favorable, siendo dados de alta a los 4 y 3 días de la intervención respectivamente sin incidencias. El otro caso fue intervenido en otro Hospital, con reducción de la hernia interna del asa alimentaria tras 3 días de ingreso, con posterior re intervención en nuestro Hospital a los 10 días, por mala evolución, confirmándose en la laparotomía exploradora la existencia de una isquemia subaguda del asa alimentaria que obligó a resección intestinal con nueva confección del reservorio gástrico y nueva anastomosis gastro yeyunal ante cólica a 15 cm del pie de asa previo. El postoperatorio fue favorable siendo alta a los 12 días. **Conclusión:** El abordaje laparoscópico es factible en las primeras horas de debut del cuadro, con reducción laparoscópica del asa afectada y cierre del defecto mesentérico (Petersen en nuestro caso) con sutura irreabsorbible. La colocación del asa yeyunal en posición ante cólica, reduce el riesgo de hernia interna pero no lo elimina, es por ello que actualmente cerremos de forma sistemática el espacio de Petersen (además del mesentérico) durante el by-pass gástrico laparoscópico, con un punto en bolsa de tabaco que ancla el duodeno, evitando su deslizamiento a través de la nueva brecha creada, y ampliada con la pérdida de peso del paciente.

P-06. Gastroplastia Plicada: Técnica y complicaciones potenciales que requieren intervención enfermera

Cañete Cavanillas, Cristóbal; Jerez González, Jose Antonio; Ortiz Rubio, Montserrat ; Valdizan Rebollo, Maria Jose; Lozano Calvo, Begoña ; Garcia Arnau, Estefanía; Quiñones Sánchez, Cristina; Madico Cerezo, Carmen ; Del Barrio Martín, Maria Jose; Casado García, Maria Antonia.

Hospital Universitari de Bellvitge, L´Hospitalet de Llobregat

Introducción: La Obesidad Mórbida es una de las enfermedades de mayor crecimiento en nuestra sociedad, a la que se asocian múltiples patologías. Los tratamientos como dieta y ejercicio físico se hacen ineficaces, teniendo que ser necesaria la cirugía para mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones de estas personas. La forma quirúrgica de abordarla ha ido variando a lo largo del tiempo, así como las diferentes técnicas, evitando complicaciones más graves, y adaptándolas al máximo a la fisiología del paciente. **Objetivo:** Dar a conocer una técnica quirúrgica nueva y las posibles complicaciones post-operatorias que requieren vigilancia por parte de enfermería. **Material y método:** Se realiza una revisión bibliográfica, describiendo las características más relevantes de la técnica expuesta. Se utiliza una muestra de 13 pacientes intervenidos de Gastroplastia plicada por laparoscopia en el Hospital Universitario de Bellvitge, durante el año 2010. Se describen las complicaciones asociadas más comunes que requieren intervención por parte de enfermería. La documentación obtenida se utiliza para sesiones internas del servicio y actualización del protocolo de la unidad. **Resultados:** El 100% de pacientes intervenidos presentaron náuseas postoperatorias, de los cuales 7 pacientes fueron nauseas más intensas y vómitos, por lo que se alargó la estancia en el hospital aumentando la carga de trabajo de enfermería en estos pacientes. **Conclusiones:** Esta técnica pretende ser lo más fisiológica posible disminuyendo el riesgo de fístula, adherencias y hemorragia, consiguiendo así que la recuperación del paciente sea más rápida.

P-07. PUESTA EN MARCHA DE UNA UNIDAD MULTIDISCIPLINAR DE CIRUGÍA BARIÁTRICA EN UN HOSPITAL DE 3º NIVEL

Ruiz-Tovar, Jaime; Calero, Alicia; Martinez, Amparo; Arroyo, Antonio; Lopez, Alberto; Candela, Fernando; Soro, Michael ; Muñoz, Jose Luis; Murcia, Ana; Calpena, Rafael. *Hospital General Universitario, Elche*

Introducción: La cirugía bariátrica forma parte del tratamiento de la obesidad mórbida en pacientes que no han conseguido una pérdida de peso adecuada con tratamientos dietéticos o farmacológicos. La cirugía va a conseguir una pérdida sustancial de peso en la mayoría de los pacientes, mejorando su calidad de vida y sus comorbilidades. Para el éxito de la cirugía es necesaria la comprensión e implicación por parte del paciente, así como la participación de varias especialidades médicas, que ayuden a la selección de candidatos, adecuen la preparación preoperatoria para minimizar el riesgo de la intervención y ofrezcan apoyo después de la intervención para conseguir una adecuada pérdida de peso, sin secuelas físicas ni nutricionales. **Material y métodos y Resultados:** Hemos creado una Unidad Multidisciplinar de Cirugía Bariátrica, formada por cirujanos, endocrinólogos, psiquiatras, cardiólogos, neumólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, anestelistas y enfermeras especializadas. Los pacientes serán remitidos al cirujano por el endocrinólogo cuando cumpla criterios establecidos ($IMC > 40$ o $IMC > 35$ con comorbilidades), una vez descartadas causas endocrinas de la obesidad. El psiquiatra descartará trastornos alimentarios y evaluará la capacidad de comprensión del paciente y su compromiso a la dieta post-cirugía. Cardiólogos, neumólogos y anestelistas evaluarán el riesgo quirúrgico mediante electrocardiogramas, radiografía de tórax, ecocardiograma y pruebas de función respiratoria. La técnica quirúrgica a realizar en nuestro hospital será la gastrectomía tubular laparoscópica, por lo que los cirujanos evaluarán la indicación de esta técnica, derivando a los pacientes que no se adecuen a los criterios. De forma pre- y postoperatoria, los nutricionistas se encargarán del aporte nutricional más adecuado, y los fisioterapeutas participarán en la realización de ejercicios respiratorios para evitar complicaciones pulmonares postoperatorias. El estado nutricional postoperatorio será evaluado conjuntamente por endocrinólogos, nutricionistas y cirujanos. La enfermería especializada se encargará de la educación sanitaria tras el alta hospitalaria (recomendaciones generales, higiene corporal, cuidados de la herida quirúrgica, colocación de la faja abdominal lumbosacra, ejercicio físico, dieta, hábitos tóxicos, relaciones sexuales,...) y evaluación de los parámetros antropométricos durante el seguimiento. La Unidad se reúne cada 15 días y cada paciente es evaluado por todos los miembros de la Unidad. Desde la puesta en marcha de la Unidad, todos los pacientes han evolucionado satisfactoriamente, sin presentar complicaciones y mostrando una pérdida de peso adecuada sin carencias nutricionales. **Conclusión:** La creación de una Unidad Multidisciplinar de Cirugía Bariátrica contribuye de forma sustancial a evitar complicaciones postoperatorias y la aparición de secuelas, así como a mejorar la calidad de vida de los pacientes obesos mórbidos.

P-08. VALOR DE LA PARTICIPACIÓN DE UN CIRUJANO EXPERIMENTADO EN GVL EN LOS PRIMEROS CASOS QUE SE OPERAN EN UN HOSPITAL QUE COMIENZA SU EXPERIENCIA

Ruiz-Tovar, Jaime⁽¹⁾; Rius, Josep⁽²⁾; Calero, Alicia⁽¹⁾; Martínez, Amparo⁽¹⁾; Arroyo, Antonio⁽¹⁾; Lopez, Alberto⁽¹⁾; Santos, Jair⁽¹⁾; Armañanzas, Laura⁽¹⁾; Candela, Fernando⁽¹⁾; Calpena, Rafael⁽¹⁾. ⁽¹⁾ *Hospital General Universitario, Elche*, ⁽²⁾ *USP Hospital La Colina, Santa Cruz de Tenerife*.

La cirugía bariátrica forma ya parte del manejo multidisciplinar de los pacientes con obesidad mórbida. Cada vez son más los hospitales que están comenzando programas de cirugía bariátrica. La gastrectomía tubular laparoscópica es una técnica relativamente sencilla y muchos centros están iniciándose con esta técnica. Sin embargo, esta intervención no está exenta de complicaciones. **Material y métodos:** En el comienzo de la cirugía bariátrica en nuestro hospital hemos realizado un curso-jornada, invitando al Dr. Josep Rius, cirujano con amplia experiencia en gastrectomía tubular laparoscópica. Durante esta jornada se intervinieron 2 pacientes, el primero intervenido por el cirujano experto y ayudado por el cirujano en formación, invirtiéndose la secuencia en el segundo paciente. **Resultados:** Durante la primera intervención, el cirujano experto explica trucos que faciliten la intervención y detalles de interés. Durante la segunda intervención, el cirujano experto corrige los errores que comete el cirujano en formación. **Conclusión:** La realización de las primeras intervenciones asistido por un cirujano experto permite corregir errores en el cirujano en formación, que pueden conllevar complicaciones futuras, así como enseñarle trucos que faciliten la intervención.

P-09. USO DE LA SONDA DE FOLEY PARA EL CONTROL DEL SANGRADO DE LA PARED ABDOMINAL POR LOS ORIFICIOS DE LOS TRÓCARES DURANTE LA CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA.

Ruiz-Tovar, Jaime⁽¹⁾; Priego, Pablo⁽²⁾; Calero, Alicia⁽¹⁾; Díez Tabernilla, María⁽¹⁾; Arroyo, Antonio⁽¹⁾; Martínez, Amparo⁽¹⁾; Santos, Jair⁽¹⁾; Gomez Correcher, Maria Amparo⁽¹⁾; Oller Navarro, Inmaculada⁽¹⁾; Calpena, Rafael⁽¹⁾. ⁽¹⁾ *Hospital General Universitario, Elche*, ⁽²⁾ *Hospital General, Castellón de la Plana*.

Introducción: Las hemorragias en los puntos de entrada de los trocates son en ocasiones difíciles de cohibir. Esta dificultad aumenta en pacientes obesos mórbidos con gran pániculo adiposo que dificulta la identificación del vaso sangrante. El sangrado por el orificio del trocar se asocia con una morbilidad que oscila desde el dolor parietal y el hematoma, hasta el hemoperitoneo masivo. **Material y métodos:** Presentamos nuestra experiencia en el control de las hemorragias en los puntos de entrada de los trocates de laparoscopia en cirugía bariátrica mediante compresión con balón de sonda de Foley 24F, en los que la hemostasia mediante electrocoagulación no fue efectiva o el punto sangrante no pudo ser identificado. **Resultados:** La técnica fue empleada en 15 pacientes (13 mujeres y 2 varones) con una edad media de 32,3 años (rango 20-48 años). Los pacientes fueron sometidos a bypass gástrico (11), banda gástrica (2) y gastrectomía tubular (2). El calibre del trocar fue de 12mm en 13 pacientes y localizado en ambos hipocondrios. La mediana de tiempo hasta la retirada de la sonda fue 36 horas (rango 24-48h), sin evidenciarse ningún tipo de complicación hemorrágica, prolongación de la estancia ni reingreso hospitalario. **Conclusiones:** La compresión con balón de sonda de Foley es un método sencillo y eficiente para el control de las hemorragias a través de los orificios de los trocates de laparoscopia. Además de su función hemostática, la sonda sirve como drenaje de la cavidad abdominal para controlar posibles re sangrados.

P-10. PROTESIS ENDOSCÓPICAS PARA EL TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS EN CIRUGÍA BARIÁTRICA: ¿SON LA SOLUCIÓN?

Mariño Padín, Esther; Sánchez-Santos, Raquel ; González Fernandez, Sonia; Brox, Antonia; Estévez Fernandez, Sergio ; Tomé Espiñeira, Catherine; Vázquez Astray, Enrique ; Crego Hernández, Rosa; Nicolas Giménez, Raúl; Piñón Cimadevila, Miguel.

Complejo Hospitalario Pontevedra, Pontevedra.

INTRODUCCION: La fístula es una de las complicaciones más temidas de la cirugía bariátrica, especialmente en el caso de la gastrectomía vertical. La resolución de las mismas a veces requiere abordajes diferentes en un mismo paciente (antibióterapia, cirugía, nutrición enteral/parenteral, clips endoscópicos, pegamentos...) las prótesis son una alternativa atractiva pero migran con frecuencia y pueden asociar complicaciones. **PACIENTES Y METODOS:** se incluyen los pacientes con fístula postoperatoria tratados con prótesis recubierta endoscópica. Estudio retrospectivo, descriptivo. Se valora la evolución de los pacientes tras la colocación de la prótesis y las complicaciones relacionadas con el procedimiento. **RESULTADOS:** Se incluyen 5 pacientes intervenidos entre Abril 2004 y Octubre 2010 (de un total de 200 pacientes sometidos a cirugía bariátrica en el centro) en los que se diagnosticó fístula postoperatoria. En cuatro casos se había realizado Gastrectomía Vertical (GV) y en un caso Bypass gástrico (BP). En uno de los casos (GV) se diagnosticó la fístula a las 3 semanas de la cirugía, se realizó tto. conservador con antibióterapia y se colocó la prótesis endoscópica manteniéndola durante 4 semanas, objetivando resolución de la misma. En otro caso, el paciente (GV) requirió laparotomía para lavado, drenaje y yeyunostomía con sutura primaria, presentando persistencia posterior de la

fístula que se trató con prótesis endoscópica durante 8 semanas (la prótesis migró cranealmente y tuvo que ser recolocada), con resolución posterior de la fistula. Otro de los casos con GV, requirió dos re intervenciones por sepsis (lavado, drenaje y yeyunostomía), con persistencia de la fístula que fue tratada con prótesis endoscópica. No se observó sellado de la fistula y se objetivó desgarro de la cubierta de la prótesis, por lo que fue retirada. Se aplicó pegamento tisular con cierre inicial de la fístula y recidiva posterior; colocándose nueva prótesis (pendiente de retirar). En el caso de la cuarta paciente sometida a BP fue diagnosticada de fistula al 8º día, se realizó laparoscopia exploradora colocando yeyunostomía. Al persistir la fístula a las 6 semanas de la cirugía se colocó prótesis endoscópica que requirió recolocación a los 8 días por migración craneal. A las 8 semanas, cuando se realizó gastroscopia para retirar la prótesis se evidenció que había migrado a íleon y tuvo que ser retirada por colonoscopia. La quinta paciente con fístula tras GV se diagnosticó a los 8 días, se colocó prótesis a los 15 días sin conseguir sellado de la fistula. Tuvo que ser intervenida por absceso intraabdominal posteriormente colocando yeyunostomía y realizando drenaje del absceso. Se cambió prótesis por otra más larga sin conseguir sellado de la fistula en las primeras 4 semanas. **CONCLUSIÓN:** El tratamiento de las fístulas tras la gastrectomía vertical es complejo y requiere la colaboración de cirujanos y endoscopistas. La prótesis endoscópica, aunque puede ser una buena opción en algunos casos, en otros no resuelve el problema y añade morbilidad debido a la frecuente migración de la prótesis.

P-11. ADENOCARCINOMA DE LA UNIÓN ESÓFAGO-GÁSTRICA TRAS BPG POR OBESIDAD MÓRBIDA

Vives Espelta, Margarida; Cabrera Vilanova, Arantxa; Socías, María; Raga, Esther; Blanco Blasco, Santiago; Hernández González, Mercè; Sabench Pereferrer, Fàtima; Del Castillo Déjardin, Daniel. *Hospital Universitari Sant Joan, Reus*

OBJETIVOS: La obesidad mórbida se ha convertido en un grave problema de salud mundial, siendo descrita por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una verdadera pandemia. La Cirugía Bariátrica ha demostrado ser la única opción terapéutica realmente eficaz, siendo capaz de conseguir una pérdida suficiente de peso y que ésta se mantenga en el tiempo. Por este motivo, el número de procedimientos bariátricos ha aumentado de forma significativa en los últimos años, siendo el Bypass gástrico uno de los más utilizados. Los procedimientos quirúrgicos que alteran la funcionalidad del tracto digestivo pueden predisponer a la aparición de cáncer. Están descritos en la literatura casos de cáncer en el neo-esófago tras la interposición colónica o en la Gastroplastia de Collis. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de una paciente afecta de adenocarcinoma cardial intervenida previamente de bypass gástrico por obesidad mórbida y revisar si existen factores de riesgo que puedan relacionar el bypass gástrico con la aparición de cáncer en la unión gastroesofágica. **MATERIAL Y MÉTODOS:** Presentamos el caso de una paciente de 63 años de edad y con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo II, intervenida a la edad de 52 años de obesidad mórbida colocándose una banda gástrica ajustable. Tres años después, dado que no se había conseguido una pérdida suficiente de peso ni una mejoría de sus comorbilidades es re intervenida extrayéndose la banda gástrica y realizándose un Bypass gastro yeyunal. Siete años después del bypass gástrico presenta un cuadro de disfagia progresiva por lo que se realiza una fibrogastroscopia evidenciando un proceso neo formativo a nivel de cardias compatible anatomopatológicamente con un adenocarcinoma y múltiples metástasis hepáticas en el estudio de extensión. La fibrogastroscopia previa al Bypass gastro yeyunal permitió descartar en ese momento patología de la unión esófago-gástrica. **RESULTADOS:** Se inicia tratamiento quimioterápico con progresión de la enfermedad que obliga a la colocación de una prótesis expandible a nivel del cardias. La paciente presenta una mala respuesta al tratamiento siendo éxitus al año de realizarse el diagnóstico de adenocarcinoma de cardias. **CONCLUSIONES.** Varios estudios han observado un aumento de la incidencia de adenocarcinoma de cardias en pacientes obesos mórbidos. De todas las hipótesis que relacionan la obesidad con el riesgo de aparición de adenocarcinoma de cardias, la teoría del reflujo ácido es la más aceptada. Según esta teoría, la obesidad favorece la enfermedad por reflujo gastro esofágico a través del aumento de la presión intraabdominal. El reflujo gastro esofágico es un factor de riesgo para el esófago de Barrett, siendo éste un estado precursor del adenocarcinoma. Se ha barajado la hipótesis que las alteraciones de la motilidad gástrica tras el bypass gástrico aumentan la exposición ácida del estómago proximal. En 2007 Harutaka y Rubino realizaron un estudio experimental en ratas para investigar el riesgo de cáncer gástrico tras bypass gástrico. En él observaron que tras el bypass gástrico existe menor riesgo de desarrollar un adenocarcinoma gástrico. Este hecho podría estar relacionado con un aumento en la velocidad del vaciado gástrico tras este tipo de técnicas que evitaría una exposición prolongada de la mucosa gástrica a los carcinógenos de la dieta. Por otro lado, el aumento del pH ácido en la porción proximal del estómago reduciría la conversión de los nitratos salivales en nitrosaminas, punto determinante en el desarrollo del cáncer gástrico. Asimismo se observó una baja concentración de bilis en el jugo gástrico que también contribuiría a reducir la incidencia de cáncer. Concluyeron que el bypass gástrico es una opción terapéutica segura en pacientes afectados de obesidad mórbida incluso en áreas con elevada incidencia de cáncer gástrico. La presencia de adenocarcinoma de la unión esófago gástrica parece estar más relacionado a la propia obesidad y a factores tales como la dieta que al hecho de haber sido sometido a un procedimiento bariátrico previo. En el caso que presentamos, la fibrogastroscopia previa al Bypass gastro yeyunal permitió descartar en ese momento patología de la unión esófago-gástrica.

P-12. VALORACIÓN DE LA EFICACIA DEL PROTOCOLO DE PÉRDIDA DE PESO PREOPERATORIA: INFLUENCIA DEL BALÓN INTRAGÁSTRICO

Estévez Fernández, Sergio; Sánchez-Santos, Raquel; González Fernández, Sonia; Brox Jiménez, Antonia; Mariño Padín, Esther; Tomé Espiñeira, Catherine; Crego Hernández, Rosa; Nicolás Jiménez, Raúl; Piñón Cimadevila, Miguel Ángel.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra

Introducción: La pérdida del 5-10% del peso corporal previo a la cirugía bariátrica mejora las comorbilidades (DM e HTA, insuficiencia cardíaca o respiratoria) de los pacientes obesos mórbidos y reduce el tamaño hepático facilitando la manipulación quirúrgica. El objetivo de este estudio es evaluar la eficacia de nuestro protocolo de pérdida de peso preoperatorio. **Pacientes y métodos:** Se incluyen todos los pacientes consecutivos sometidos a cirugía bariátrica entre Abril 2006 y Octubre 2010. Todos los pacientes fueron valorados por la dietista y se les recomendó una dieta hipocalórica controlada durante 6 meses + VLCD (Very Low Calory Diet) líquida durante una semana previa a cirugía. A los pacientes con IMC>50 se les ofreció el balón intragástrico. La variable dependiente se considera la pérdida de peso preoperatoria (medida como kg perdidos, porcentaje de peso corporal perdido y porcentaje de sobrepeso perdido). Se compara el resultado de los pacientes en los que se utilizó BIB con los que no lo usaron. Análisis estadístico con SPSS 16.0. **Resultados:** Se incluyen 200 pacientes sometidos a cirugía bariátrica incluidos en el protocolo de pérdida de peso preoperatoria. Un 37% eran superobesos. 29 pacientes llevaron BIB (13%) (suponen un 34% de los pacientes con IMC>50) La Pérdida de peso preoperatorio global fue 9,38±8,82 kg; %peso corporal perdido 7,04±6,5%; %sobrepeso perdido 14±15,08%. 58.3% de pacientes perdieron más del 10% del sobrepeso y 58.6% perdieron más del 5 % del peso corporal. Sólo un 22% perdió más del 10% del peso preoperatoriamente. Los pacientes que llevaron BIB perdieron más % peso corporal que los que no lo llevaron (12,49±6,3 vs 6.08±5.8; p<0.005); PSP con BIB 21,65±10,6 vs 12,7±15,36; p<005). También es mayor el porcentaje de pacientes con BIB que perdieron el 10% del sobrepeso (90%, p<0.005), 89% perdieron más del 5% del peso corporal y 57% perdieron el 10% del peso corporal. Al focalizar el estudio en el grupo de superobesos también se observa ventaja en los pacientes con BIB (%peso corporal perdido: 12,7±6,61 vs6,85±4,46; %sobrepeso perdido 21,37±10,83 vs 11,93±7,61. **Conclusiones:** El protocolo de pérdida de peso preoperatoria con dieta hipocalórica durante 6 meses y VLCD líquida durante una semana es moderadamente eficaz para conseguir la pérdida de peso objetivo previa a la cirugía bariátrica. El Balón Intragástrico es una buena estrategia para la pérdida de peso preoperatoria especialmente en el grupo de paciente superobesos a los que les cuesta más seguir la dieta hipocalórica

P-13. EXCLUSIÓN DUODENAL EXPERIMENTAL MEDIANTE BARRERA FÍSICA: EFECTOS PONDERALES Y METABÓLICOS EN ANIMALES OBESOS Y NO OBESOS

Sabench Pereferrer, Fàtima ⁽¹⁾; Hernández González, Mercè ⁽¹⁾; Cabrera Vilanova, Arantxa ⁽²⁾; Sánchez Marín, Antonio ⁽²⁾; Blanco Blasco, Santiago ⁽²⁾; Piñana, Luisa ⁽²⁾; Socías, María ⁽²⁾; Del Castillo Déjardin, Daniel ⁽²⁾. ⁽¹⁾ *Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus*, ⁽²⁾ *Hospital Universitari Sant Joan, Reus*.

Objetivo: La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas como la exclusión duodenal, parece influir en el curso del síndrome metabólico, emulando otras técnicas clasificadas como de cirugía metabólica, como se refiere en otros estudios. En el presente estudio hemos analizado una nueva técnica quirúrgica cuya acción se basa en la "Exclusión duodenal" mediante la tubulización del duodeno desde el estómago mediante un dispositivo flexible. A nivel experimental, este sistema ha demostrado que los alimentos llegan al yeyuno emulando los efectos de mal absorción del Bypass gastrointestinal en Y de Roux, y siguiendo la hipótesis de Rubino F. y Marescaux M. en donde la clave de la resolución de la Diabetes mellitus radica en la exclusión del intestino delgado proximal. **Material y métodos:** Estudio con ratas Sprague-Dawley de 12 semanas de edad. Dieta cafetería: 4 semanas, Intervención Quirúrgica / Sham, i sacrificio a las 4 semanas. 4 grupos experimentales: No obesos n=15 (intervención y sham) y obesos n=15 (intervención y sham). Intervención: Laparotomía media y gastrotomía proximal al píloro (0,5cm). Introducción de tubo de polietileno de 10 cm tutorizado mediante guía de silicona. Peso: inicialmente control semanal de peso, y bisemanal posteriormente a la intervención. Glucemia: de forma semanal hasta el sacrificio. Simultáneamente se toman muestras de sangre (para estudios hormonales), tejido hepático e intestinal antes y después de la intervención. **Resultados:** Existe una mejoría de la glicemia de forma significativa tanto en animales obesos diabéticos como en no obesos. Se observa una diferencia de peso antes y después de la cirugía en ambos grupos cuando colocamos los pesos en las gráficas de crecimiento fisiológico para este tipo de animales. Las diferencias de los incrementos de peso antes y después de la cirugía en cada uno de los grupos son estadísticamente significativas. **Conclusiones:** Parece una técnica reproducible aunque las diferencias de mortalidad entre los grupos obesos y los no obesos son evidentes. La pérdida de peso es significativa al comparar los diferentes incrementos de peso antes y después de la intervención. A pesar de no retirar la dieta cafetería, y cuya apetencia después de la intervención se ve disminuida, las glicemias se sitúan en valores normales en este tipo de

animales. Se hacen necesarios mas estudios en esta dirección. Pendiente un tercer grupo de animales para reponer los animales perdidos.

P-14. EFECTOS DE LA EXCLUSIÓN DUODENAL EXPERIEMENTAL EN ANIMALES OBESOS Y NO OBESOS SOBRE EL GASTO ENERGÉTICO BASAL

Sabench Pereferrer, Fàtima ⁽¹⁾; Hernández González, Mercè ⁽¹⁾; Vives Espelta, Margarida ⁽²⁾; Blanco Blasco, Santiago ⁽²⁾; Sánchez Pérez, Jesús ⁽²⁾; Del Castillo Déjardin, Daniel ⁽²⁾.

⁽¹⁾ *Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus,* ⁽²⁾ *Hospital Universitari Sant Joan, Reus.*

Objetivo: La introducción de nuevas técnicas quirúrgicas como la exclusión duodenal, parece influir en el curso del síndrome metabólico, emulando otras técnicas clasificadas como de cirugía metabólica, como se refiere en otros estudios. Una forma de evaluar algunos de estos cambios es mediante el control del peso, de la ingesta y de la calorimetría indirecta. Concretamente, la calorimetría indirecta describe y evalúa de forma no invasiva (in vivo) el gasto de energía a partir del consumo de O₂, la producción de CO₂, y el seguimiento de la temperatura corporal. **Material y métodos:** Ratas Sprague-Dawley de 12 semanas de edad. 4 grupos experimentales: No obesos (n=15) (intervención y sham) y obesos n=15 (intervención y sham). Dieta cafetería en grupo obeso (6.250 Kcal/kg) manteniendo las proporciones de HC (45%), proteínas (10%) y grasas (45%) durante 4 semanas. Se procede a la intervención quirúrgica (exclusión duodenal). Sacrificio a las 4 semanas de la cirugía. Peso: Control semanal, y de forma bisemanal posteriormente a la intervención. Glucemia: Semanal hasta el sacrificio. Calorimetría indirecta: Se realiza una determinación pre-intervención quirúrgica y una post-intervención. Ingesta: peso diario del alimento ingerido. Cálculo posterior a Calorías/día **Resultados:** Grupos no obesos: Disminución significativa del gasto calórico en el grupo intervención respecto al grupo sham. Reducción de la ingesta en el grupo intervención de un 20% (media 5 gr. de pienso). Grupos obesos: Evidente disminución de la apetencia hacia la dieta cafetería en el grupo intervención, manteniéndose la ingesta casi normal diaria de pienso (20g/día). En el grupo sham, se mantienen los niveles del coeficiente respiratorio y gasto calórico. El grupo intervención existe una disminución significativa del gasto calórico según los valores estandarizados para el peso del animal. Mejoría de la glucemia de forma significativa en los animales obesos diabéticos y en los no obesos. **Conclusiones:** Existe una disminución del gasto calórico en los animales intervenidos quirúrgicamente. Posible influencia del efecto termogénico de los alimentos en el grupo intervención (a menor ingesta, el gasto calórico es menor) relacionado posiblemente con los niveles de insulina que se valorarán posteriormente. Parece una técnica reproducible aunque las diferencias de mortalidad entre los grupos obesos y los no obesos son evidentes. Pendiente un tercer grupo de animales para reponer los animales perdidos. La disminución de la ingesta y del gasto calórico es congruente con los datos de la bibliografía revisada.

P-16. UBICACION DE LA ENFERMERA INSTRUMENTISTA EN LA CIRUGIA BARIATRICA LAPAROSCOPICA

Ferrer Márquez, Manuel; Galindo Lopez, Emilia ; Barrionuevo Fernandez, Maria Gloria; Navarro Molina, Sonia; Ferrer Ayza, Manuel; Belda Lozano, Ricardo . *Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería*

OBJETIVOS: Mejorar en base a la experiencia adquirida y al continuo aprendizaje, la ubicación de la enfermera instrumentista y la localización del aparataje e instrumentos utilizados durante la cirugía bariátrica. **MATERIAL Y METODO:** Se describe la colocación inicial de los distintos elementos implicados en esta cirugía y la que se propone como mejora. La enfermera de instrumentos y la mesa de Mayo se ubicaban en el lateral inferior izquierdo de paciente y actualmente en el superior izquierdo. **RESULTADOS:** El actual desarrollo de la cirugía laparoscópica y los avances en el diseño de los instrumentos y aparataje para la utilización de esta técnica requieren la aplicación de continuas mejoras, en cuanto a la adquisición de conocimientos y en el adiestramiento del personal que la realiza. A diferencia de la cirugía tradicional, las incisiones son de pequeño tamaño, desde 0,5 a 1,5 cm. de diámetro y permiten el paso de los trocares a través de los cuales se introducen los instrumentos y el sistema óptico. En esta cirugía mínimamente invasiva, en contraposición con la cirugía abierta, la incisión es mucho menor pero el instrumental utilizado es de gran longitud, muy delicado y caro, precisando de gran cuidado en su manipulación y uso. Además se deber tener preparado siempre el material de laparotomía por si hiciera falta reconvertir la intervención a una cirugía convencional. Las mejoras observadas con esta nueva ubicación son la disminución del riesgo de la contaminación del material, la economía de movimientos, el cirujano no tiene que apartarse del campo, una adecuada instrumentación siendo más rápida y eficiente, aumenta la prevención del posible daño al paciente por una inadecuada colocación del material sobre el mismo y la ampliación del campo de actuación de la enfermera al tener mejor acceso al campo quirúrgico y mayor espacio para la colocación del material necesario.

P-17. SONDA DE FAUCHER MODIFICADA

Belda Lozano, Ricardo; Navarro Molina, Sonia; Galindo Lopez, Emilia; Barrionuevo Fernandez, Maria Gloria; Ferrer Márquez, Manuel; Ferrer Ayza, Manuel. *Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería*

Objetivos: Para evitar ciertos efectos no deseados durante la cirugía (GVL, Bypass gástrico), y complicaciones postoperatorias, se optó por la modificación en la rigidez de la sonda de Faucher de que disponía nuestro hospital. Todas las estrategias que se pongan en marcha para mejorar la técnica contribuirán al mejor resultado del procedimiento. **Material y métodos:** Trabajo descriptivo de la técnica de modificación de la sonda de Faucher llevada a cabo por enfermería. En nuestro hospital las técnicas de cirugía bariátrica que se practican son la Manga gástrica conocida también como Gastrectomía Vertical Laparoscópica o tubulización, y el Bypass gástrico, para ello disponíamos de una sonda de Faucher cuyo grado de rigidez dio lugar en una ocasión a una complicación postoperatoria como estenosis de la tubulización por retirada a destiempo de la sonda durante el proceso de grapado, o el grapado de la misma durante la sutura con endo grapas. Para evitar esto optamos por modificar su rigidez introduciendo en la sonda tubo bulbo estéril de 5mm de la misma longitud que la sonda, con lo que era de más fácil manejo y se percibía mejor durante la cirugía, ya que ésta sirve de guía durante el proceso. Hay que resaltar también la importancia de trabajar siempre con el mismo equipo (cirujanos, anestesiastas, enfermería), debe ser personal entrenado en este tipo de intervenciones para evitar estos efectos no deseados. **Resultado y conclusiones:** Durante la cirugía bariátrica (Manga Gástrica, Bypass gástrico), hay que ser cuidadoso y comprobar reiteradamente la correcta colocación de la Sonda de Faucher, con esta modificación se han evitado complicaciones durante el proceso de la cirugía y el postoperatorio en nuestro caso.

P-18. USO DE LA FIBRINA AUTÓLOGA EN LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

Ferrer Márquez, Manuel; Barrionuevo Fernández, Maria Gloria; Navarro Molina, Sonia; Galindo Lopez, Emilia; Belda Lozano, Ricardo; Ferrer Ayza, Manuel. *Complejo Hospitalario de Torre cárdenas, Almería*

El sistema Vivostat es un procedimiento que nos permite obtener fibrina autóloga mediante el procesamiento de 120cc de sangre del paciente. De entre sus características destaca notablemente el hecho de que, al ser autóloga, se evita el riesgo de infección viral y de respuesta inmune. Nuestro equipo de cirugía bariátrica ha estado utilizando este procedimiento en las dos técnicas quirúrgicas realizadas en nuestro hospital, la sleeve gastrectomy y el bypass gástrico, ambas por vía laparoscópica. **OBJETIVO:** la fibrina se aplica a lo largo de la línea de grapas que resulta tras la resección longitudinal del estómago en la sleeve gastrectomy y, en el caso del bypass gástrico, sobre las líneas de grapas y las anastomosis realizadas (gastro-entérica y entero-entérica), con el objeto de conseguir una hemostasia rápida y eficaz y un sellado de los tejidos que permite prevenir el riesgo de fugas. **MATERIAL Y MÉTODOS:** a través de un método descriptivo no sólo detallamos todo el proceso desde la extracción de sangre hasta la obtención y posterior aplicación de la fibrina autóloga, sino que, basándonos en nuestra experiencia, damos a conocer ciertos detalles importantes a tener en cuenta por el profesional para asegurar un resultado óptimo. Estos detalles son: Es imprescindible contar con una vía de grueso calibre que permita llenar por completo el recipiente diseñado para recoger la sangre, sin que ésta llegue a refluir por la línea que conecta con el acceso venoso. En caso de que la vía no refluya bien y no se disponga de otra opción mejor, podemos ayudarnos con una jeringa para extraer la sangre y pasarla a través de la llave de tres pasos. Si no se pudiera obtener un llenado completo, podemos continuar el proceso si tenemos más de la mitad del envase pero no menos. Al desconectar la línea del recipiente recolector, es fundamental darle el giro completo que admite para que el recipiente quede bien cerrado y no se derrame la sangre durante su procesamiento. La máquina procesadora detecta cualquier resto de sangre esparcido en su interior por pequeño que sea y se para indicando en su pantalla la causa del error. Limpiar muy bien la parte superior del recipiente que contiene la sangre usando las lancetas de algodón que vienen en el kit desechable y evitar que el recipiente se llene demasiado para no tener un exceso de sangre en la parte superior del envase. Al cargar la solución de pH básico, no puede quedar ninguna burbuja en la jeringa. **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:** a pesar de ser un procedimiento sencillo de aprender y llevar a cabo, requiere una actuación muy cuidadosa en cada uno de los pasos a seguir, por eso es fundamental que el personal esté bien formado y adiestrado en esta técnica, ya que cualquier error impide la obtención de los resultados esperados. Nuestra experiencia constata la eficacia de este sistema observándose una buena hemostasia y sellado en la cirugía.

P-19. TRATAMIENTO DEL PACIENTE SUPEROBESO MEDIANTE GVL: EXPERIENCIA Y RESULTADOS A 17 MESES

Sanahuja Santafé, Angel; Ferrer Valls, Jose Vicente; Perez Folqués', Jose Eduardo; Saiz Saiz Sapena, Nieves; Cester Ves, Diana; Amador Martí, Lydia; Melero Puche, Yolanda. *Clinica Obesitas - Hospital 9 de Octubre, Valencia*

Objetivo: Exponer nuestra experiencia y resultados a medio plazo, en el manejo de pacientes superobesos, mediante un estricto protocolo preoperatorio multidisciplinar, y la aplicación de una Gastrectomía Tubular, especialmente restrictiva, por laparoscopia. **Pacientes y método:** Hemos intervenido 27 pacientes, con IMC > 50. Han sido valorados por nutricionista, psicólogo y cirujano bariátrico, además de otros especialistas según comorbilidades. Durante la preparación los pacientes han realizado dietas y ejercicio suave entre 4 y 10 semanas. Algunos han sido tratados con fluoxetina y topiramato para controlar hábitos pseudo bulímicos. Todos han sido intervenidos por un mismo cirujano y equipo quirúrgico y anestésico. La gastrectomía tubular se realizó sobre sonda de 32 Fr y sobrehilado con material irreabsorbible (polipropileno). Movilización al sillón y deambulación a las 4 horas de la cirugía. Tolerancia oral a las 18 horas. Control extrahospitalario de posible fuga, mediante drenaje Jackson-Pratt y azul de metileno diario, y control de constantes. **Resultados:** 12 mujeres (44%) y 15 varones (56%), edad media 32 años. Cabe destacar la gran proporción de varones, que en IMC menor de 50 representan un 25% en nuestra casuística; este hecho aumenta la complejidad por la anatomía y la obesidad troncular. Durante la preparación, los pacientes han perdido 19 kg (3-33), y experimentado importante mejoría de las comorbilidades asociadas, espacialmente diabetes y SAOS (y/o sueño no reparador con ronquidos muy intensos) cuando existían. Tiempo operatorio medio 180-210 minutos. Intubación con fibroscopio en 10 pacientes con Mallampati IV. Ninguna conversión a cirugía abierta, ni re intervención, ni reingreso a los 30 días. Ningún caso ha necesitado UCI postoperatoria. Estancia media hospitalaria 2-3 días. No infecciones, ni TVP, ni TEP, ni mortalidad. Las comorbilidades han curado o mejorado en todos los casos. Todos los pacientes están satisfechos con la pérdida de peso y calidad de vida obtenida. El IMC a los 17 meses ya se considera el mínimo que alcanzará el paciente, y hasta el momento ningún paciente ha necesitado o querido una segunda intervención quirúrgica tipo Bypass o Cruce Duodenal. **Conclusiones:** 1-El paciente superobeso puede tratarse con gran seguridad médico-quirúrgica, mediante una estricta preparación multidisciplinar y manejo operatorio poco intervencionista. 2-La GVL, realmente restrictiva y en manos expertas, se presenta como una excelente alternativa en el control quirúrgico de pacientes superobesos, con mínima morbimortalidad y buenos resultados a medio plazo.

P-20. UTILIDAD DE LA DIETA HIPOCALORICA PREVIA A CIRUGIA BARIATRICA

Serrano Fernandez, Blanca; Vicente Vicente, Maria Ángeles; Martinez De Aragón Ramirez De Esparza, Gabriel; Balsera Rodriguez, Francisco Javier ; Barrutia Leonardo, Jon; Arrillaga Alcorta, Iratxe; Antón Miguel, Maria Ángeles; Kalic, Kristina; Esquiroz Carballo, Irune; Angulo Revilla, Isaac.

Hospital Txagorritxu, Vitoria

INTRODUCCION. La obesidad es una enfermedad crónica que va en aumento en los países desarrollados debido a los cambios en los hábitos dietéticos y al sedentarismo. Los pacientes en lista de espera de cirugía bariátrica tienen tendencia a continuar engordando por lo que es muy importante un programa educacional y dietas hipocalóricas previas a la cirugía. La pérdida de peso preoperatorio contribuye a reducir el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y las complicaciones postoperatorias. **OBJETIVOS.** Valorar la pérdida de peso antes de la cirugía mediante el uso de una dieta de bajo contenido calórico. **MATERIAL Y METODOS.** Se estudian 17 pacientes obesos mórbidos en lista de espera quirúrgica para cirugía bariátrica con aumento importante de peso en los últimos meses. Se les somete a una dieta hipocalórica de 1750 Kcal para varones y de 1500 Kcal para mujeres y control de peso semanal. Se evalúa peso e IMC inicial, peso e IMC final, peso perdido y duración de la dieta. Se utiliza báscula y tallímetro modelo SECA, dieta estándar elaborada por el servicio de nutrición y datos de la historia clínica hospitalaria. **RESULTADOS.** Los pacientes han perdido un promedio de 7.32 Kg siendo controlados en consulta una media de 31.88 días. **CONCLUSIONES.** La motivación por la proximidad de la cirugía, la dieta hipocalórica y un estrecho seguimiento consiguen una pérdida de peso significativa.

P-21. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS DE LA BGA EN PACIENTES CON OBESIDAD MÓRBIDA

Vicente Ruiz, María; Peña Ros, Emilio; Ruiz Marín, Miguel ; González Valverde, Francisco Miguel; Tamayo Rodríguez, María Encarnación; Ródenas Moncada, Francisco Javier; Velilla Asurmendi, Pablo; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

INTRODUCCIÓN: La colocación de una banda gástrica ajustable por laparoscopia es un procedimiento mínimamente invasivo dentro de las técnicas restrictivas de cirugía bariátrica que ha adquirido importancia creciente hasta convertirse en un procedimiento usual en los servicios de Cirugía General. Esta técnica tiene la menor cifra de morbimortalidad entre los procesos de cirugía bariátrica, a pesar de ello, un tercio de estos pacientes requerirá una re intervención quirúrgica en el postoperatorio. **OBJETIVOS:** Presentamos dos casos de complicaciones de la banda gástrica en pacientes sometidos a esta intervención. **CASO 1:** Mujer de 25 años con un IMC de 43, intervenida para la colocación de una banda gástrica (Lap- band) 5 años antes. Poco disciplinada en el cumplimiento dietético. Comenzó con dolor abdominal localizado en epigastrio e hipocondrio izquierdo que la llevaron a consultar en el servicio de urgencias de nuestro hospital. No refería náuseas ni vómitos ni más sintomatología asociada. Se realizó un TC de urgencia que informaba de colección en

hipocondrio izquierdo de 10 cm de contenido líquido que se puncionó, extrayendo líquido de aspecto seroso. Durante su ingreso y por la sospecha de una complicación de la banda gástrica se realizó una endoscopia que informaba de cuerpo extraño parcialmente integrado en la pared gástrica, no susceptible de extracción. Ante estos hallazgos se decidió cirugía por vía laparoscópica hallándose un gran absceso de toda la curvatura menor del estómago junto a perforación y migración intragástrica por decúbito de la banda, lo que obligó a su extracción mediante gastrostomía. La paciente rechazó la conversión a cualquier otra técnica bariátrica. En el postoperatorio la paciente evolucionó de manera favorable y actualmente transcurridos 14 meses se encuentra asintomática. **CASO 2:** Paciente varón de 44 años portador de banda gástrica (SGAB; Swedish adjustable gastric Band) con adecuada pérdida ponderal (IMC previo:45). A los 2 años debutó con una clínica de dolor torácico acompañado de vómitos constantes y síndrome constitucional. Durante su ingreso se realizó TC que informaba de importante hernia de hiato, estenosis gástrica por la banda y proceso infeccioso pulmonar izquierdo en actividad. Ante estos hallazgos, se realizó una gastroscopia que no pudo atravesar la estenosis e informaba de abundante contenido gástrico, con lo que se procedió a realizar un tránsito esófago-gástrico que informó de dilatación del esófago con prácticamente nulo paso de contraste a estómago. Ante esto se llevó a cabo la retirada por laparoscopia de la banda gástrica, produciéndose una mejoría clínica notable tras el postoperatorio inmediato. El paciente rechazó la conversión a cualquier otra técnica bariátrica. **CONCLUSIÓN:** La colocación de una banda gástrica es un proceso de baja morbimortalidad. Entre las complicaciones que pueden producirse se encuentran la obstrucción del estoma, la infección por cuerpo extraño, la erosión y deslizamiento de la banda junto a prolapso estomacal, el mal funcionamiento del dispositivo, la esofagitis y la dilatación esofágica. Sin embargo estas complicaciones son poco frecuentes y se pueden solucionar de una manera favorable mediante laparoscopia por lo que la colocación de estos dispositivos sigue siendo uno de los procedimientos más comunes en cirugía bariátrica.

P-22. CIRUGÍA BARIÁTRICA LAPAROSCÓPICA EN ESPLENECTOMIZADOS

Cruz Vigo, Felipe De La ⁽¹⁾; Cruz Vigo, José Luis De La ⁽²⁾; Sanz De La Morena, Pilar ⁽²⁾; Canga Presa, José M^a ⁽²⁾; Gómez Rodríguez, Pilar ⁽¹⁾; Martínez Pueyo, José Ignacio ⁽¹⁾; Beteta Gorriti, Alberto ⁽¹⁾; Pérez Zapata, Ana ⁽¹⁾; Carla, Miñambres ⁽¹⁾
(1) Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid. (2) Clínica San Francisco, León.

OBJETIVOS. La cirugía previa en el compartimento superior del abdomen, sobre todo si fue abierta y en el área peri gástrica, añade notable dificultad a las técnicas de cirugía bariátrica. El poster se propone mostrar nuestro abordaje en casos de pacientes esplenectomizados por vía abierta. **MATERIAL Y MÉTODOS.** Desde 1999 hasta 2010 se han intervenido 1441 pacientes por obesidad mórbida. La técnica prioritariamente realizada ha sido el bypass gástrico con banda laparoscópico. Tres pacientes habían sido previamente esplenectomizados por laparotomía, dos por traumatismos y una por anemia autoinmune secundaria a radioterapia por un fibrosarcoma de mama de bajo grado 17 años antes. Esta última tenía una incisión subcostal izquierda, los otros dos una media. **RESULTADOS.** A uno de los pacientes con esplenectomía postraumática le fue practicada una GV, a los otros dos, bypass gástrico con banda laparoscópico. La primera dificultad fueron las adherencias epiploperitoneales, sobre todo en la incisión subcostal izquierda. El variable grado de adherencia del estómago al diafragma constituye el siguiente problema a solventar. En el caso de la GV se comenzó por la sección gástrica, previa a la liberación de la curvatura mayor. En los bypass gástricos sólo se liberó lo necesario para realizar la técnica, que se pudo completar como habitualmente. El postoperatorio y evolución posterior de los pacientes no difirió del habitual. **CONCLUSIONES-** La esplenectomía abierta previa es una dificultad añadida a la cirugía bariátrica laparoscópica, pero no es un impedimento para la realización de la misma. El abordaje puede variar según el tipo de incisión previa.

P-23. OCLUSION INTESTINAL POR HERNIA INTERNA, HEMORRAGIA EN REMANENTE GASTRICO EXCLUIDO Y ESTENOSIS DE ANASTOMOSIS GASTROYEYUNAL: TRES COMPLICACIONES PRECOCES EN LA MISMA PACIENTE TRAS BPG.

Ortiz Sebastián, Sergio; Enríquez Valens, Pablo; Abad Alonso, Rafael ; Zubiaga Toro, Lorea; Estrada Caballero, Jose Luis ; Lluís Casajuana, Félix. *Hospital General Universitario, Alicante*

Introducción: El BPG es una técnica quirúrgica mixta ampliamente realizada para el tratamiento de la obesidad mórbida. Esta técnica tiene unos excelentes resultados a largo plazo, pero no está exenta de complicaciones tanto precoces como tardías. Algunas de estas complicaciones son: la oclusión intestinal por hernias internas, los sangrados de origen digestivo o la estenosis de la anastomosis gastro yeyunal. Además suelen aparecer de manera aislada en los pacientes intervenidos de bypass gástrico. Presentamos el caso de una paciente que hizo estas 3 complicaciones de manera consecutiva en el postoperatorio precoz (antes de los 30 días) tras un bypass gástrico. **Caso clínico:** Mujer de 25 años diagnosticada de obesidad mórbida con IMC de 42, sin comorbilidades asociadas, a la que se le realiza un bypass gástrico por vía laparoscópica, con una anastomosis gastro yeyunal circular ante cólica, con un punto de fijación del asa alimentaria (AA) al antro gástrico del estómago excluido y una anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral mecánica, con

cierre del ojal mesentérico. En el tercer día postoperatorio, presenta un cuadro de dolor abdominal cólico, náuseas, vómitos e intolerancia alimenticia. Se realiza un TC abdominal con contraste oral, evidenciando una dilatación del AA con dificultad de paso al asa común. Se realiza una laparoscopia exploradora, hallando una oclusión intestinal a nivel del AA por una herniación interna de la propia AA, que se introduce entre el espacio creado entre el antro gástrico y el AA, debido al punto de fijación realizado en la primera cirugía. Se realiza una reducción del AA y retirada del punto de sujeción del AA al antro gástrico. La paciente reinicia dieta oral sin complicaciones. En el sexto día postoperatorio presenta cuadro de mareo con sudoración fría e hipotensión, malestar epigástrico y melenas, con descenso de hemoglobina a 9 gr. Tras estabilización hemodinámica de la paciente, se realiza nuevo TC abdominal, que evidencia gran coágulo en el interior de remanente gástrico excluido con sangrado activo. Como no hay acceso por endoscopia, se realiza arteriografía abdominal para embolización selectiva del vaso sangrante, que no se consigue. No obstante, la paciente no presenta nuevos episodios de sangrado digestivo, normalizándose las cifras de hemoglobina y siendo alta al 15º día postoperatorio. A los 4 días, reingresa por cuadro de vómitos postprandiales, sensación de plenitud y disfagia para líquidos, e incluso sialorrea. Se realiza endoscopia digestiva alta, que evidencia estenosis de anastomosis gastro yeyunal, realizándose dilatación endoscópica con balón neumático sin complicaciones posteriores y buena tolerancia oral.

Discusión: Las complicaciones tras bypass gástrico pueden ser múltiples, tanto precoces como tardías. Normalmente suelen aparecer de manera aislada en un paciente, pero en este caso se presentaron 3 complicaciones graves en un mismo paciente y antes de los 30 días. El cuadro de oclusión fue provocado por una hernia interna a través de un espacio creado artificialmente tras la primera cirugía, por lo que se podía haber evitado. La hemorragia en el estómago excluido fue auto limitado y cedió espontáneamente. La estenosis de anastomosis gastro yeyunal, apareció de manera mucho más precoz (20 días) a lo descrito en la literatura, pero se pudo solucionar con una dilatación endoscópica. La morbilidad postoperatoria tras un bypass gástrico oscila alrededor del 20%, lo poco usual es que aparezcan 3 complicaciones consecutivas en un mismo paciente y lo más importante es hacer hincapié en un diagnóstico y tratamiento precoz de las mismas.

P-24. EVALUACIÓN DE LOS INDICADORES DE CALIDAD TRAS LA IMPLEMENTACIÓN DE LA VÍA CLÍNICA DEL BYPASS GÁSTRICO LAPAROSCÓPICO

Tamayo Rodríguez, M Encarnación ⁽¹⁾; Moya Forcén, Pedro ⁽²⁾; Vicente Ruiz, María ⁽¹⁾; Ruiz Marín, Miguel ⁽¹⁾; Peña Ros, Emilio ⁽¹⁾; González Valverde, Miguel ⁽¹⁾; Ródenas Moncada, Javier ⁽¹⁾; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia, ⁽²⁾ Hospital General Universitario, Elche.

OBJETIVOS: Presentar los resultados de la implementación de la vía clínica del bypass gástrico laparoscópico en un servicio de cirugía general. **MATERIAL Y MÉTODO:** Tras la elaboración de la vía clínica del BPGL por un equipo multidisciplinar y su implantación para este procedimiento quirúrgico se ha realizado una evaluación de los indicadores de calidad diseñados para este fin, durante un periodo de tiempo de 2 años, comprendido entre Octubre de 2008 y Octubre de 2010. **RESULTADOS:** Los documentos que han sido auditados fueron la historia clínica, la hoja de evolución de enfermería, la hoja de evolución de cirugía y la hoja de orden de tratamiento. N° de pacientes de Cirugía bariátrica que se incluyen en la Vía Clínica (VC): 62 .N° de pacientes que completan la VC: 60. N° de pacientes que salen de la VC: 2. Indicador de cobertura: 100% Indicador de cumplimiento (éxito): 97%. Dos pacientes salieron de la VC, por conversión a cirugía abierta. Indicador de profilaxis antibiótica: 100%. Indicador de mortalidad: 0. Indicador de estancia hospitalaria: 80% Indicador de infecciones postoperatorias: 15%. Indicador de reingresos: 5%. Indicador de satisfacción: 100%. Indicador de frecuencia de problemas detectados: 0. Indicador de frecuencia de las variaciones registradas: 12%. Variaciones dependientes del paciente: 100%. Variaciones dependientes de los profesionales: 0 . Variaciones dependientes de la institución: 0. **CONCLUSIONES:** La vía clínica del bypass gástrico laparoscópico presenta una cobertura óptima. Su cumplimiento (índice de éxito) se considera correcto y presenta un índice de variaciones de la misma aceptable.

P-25. GVL A TRAVES DE UNA INCISION UNICA

González Valverde, Francisco Miguel; Vicente Ruiz, María ; Peña Ros, Emilio; Ruiz Marín, Miguel; Tamayo Rodríguez, María Encarnación; Rodenas Moncada, Javier; Terol Garaulet, Emilio; Ramirez Faraco, María; Pastor Pérez, Patricia ; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Introducción: En los años 80' la laparoscopia introdujo ventajas que hoy son indiscutibles. En un intento de aumentar esas ventajas empieza a crecer el interés en el uso de métodos quirúrgicos aún menos invasivos como la técnica SILS, que se aplican con las mismas indicaciones que la cirugía laparoscópica convencional. Presentamos nuestra experiencia

inicial en la gastrectomía tubular a través de una sola incisión para el tratamiento de la obesidad mórbida. **Material y Método:** Entre marzo y junio de 2010 se han intervenido 4 mujeres para gastrectomía tubular mediante puerto único. La edad media fue de $38,4 \pm 5,3$ años y el IMC medio de $45,9 \pm 4,8$ kg/m². Se utilizaron dos sistemas distintos para acceder a la cavidad: SILS™ Port de Covidien en 2 casos y SSL™ de Ethicon en otros dos. En todos los casos se utilizó material largo convencional y articulado, además de una pinza MiniLap™ de Stryker, dejando un drenaje de forma sistemática. En 3 casos se realizó refuerzo de la línea de grapado con sutura continua irreabsorbible. Los pacientes fueron intervenidos por un equipo de 3 cirujanos con experiencia en cirugía laparoscópica avanzada utilizando el ombligo como único punto de entrada. **Resultados:** El tiempo medio de las intervenciones fue de 187 ± 40 minutos, muy por encima del empleado en la misma operación por la vía tradicional. En uno de los casos se realizó además una colecistectomía. Un caso fue re intervenido 8 horas después por sangrado de un vaso breve. En otro caso se colocaron 2 trocares de apoyo para completar la intervención. EVA a las 24 h: $2 \pm 0,49$, EVA al alta < 1 . La estancia media fue de 5,25 días. No hubo complicaciones en la herida y la evolución postoperatoria ha sido adecuada. **Conclusiones:** La GVT por puerto único es una alternativa novedosa a la técnica laparoscópica clásica que está demostrando ser fiable, eficaz y reproducible, y que aporta todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva tradicional pero muy pocas más, ya que el aspecto estético es una ventaja relativa en pacientes que con frecuencia deben someterse posteriormente a una dermolipectomía. Es imprescindible una elevada experiencia en cirugía laparoscópica. Para alcanzar la popularización de la técnica es necesario el desarrollo de nuevo instrumental.

P-26. INCIDENCIA DE COLELITIASIS TRAS BPG POR OBESIDAD MÓRBIDA

Vicente Ruiz, María; Ruiz Marín, Miguel; Peña Ros, Emilio; González Valverde, Francisco Miguel; Tamayo Rodríguez, María Encarnación; Ródenas Moncada, Francisco Javier; Velilla Asurmendi, Pablo ; Albarracín Marín- Blázquez, Antonio

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Introducción: Una de las complicaciones tardías más frecuentes que se derivan del bypass gástrico (BPG) es la colelitiasis, inducida principalmente por el aumento de la litogenicidad de la bilis que acompaña a la pérdida de peso aunque también parece influir la condición malabsortiva de la técnica. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas de aquellos pacientes que presentaron litiasis vesicular post BPG. **Pacientes y Métodos:** Pacientes intervenidos de obesidad mórbida mediante BPG en nuestra Unidad de Cirugía Bariátrica entre Marzo-06 y Diciembre-10 que desarrollaron alguna patología vesicular o complicación biliar y que fueron evaluados en nuestro centro. **Resultados:** En total 186 pacientes fueron sometidos a BPG y a 23 (12,3%) se les realizó colecistectomía en la misma intervención (19 mujeres, con edad e IMC preoperatorio de $38,3 \pm 10,1$ años y $44,3 \pm 3,2$ kg/m², respectivamente y 4 varones de $51,1 \pm 3,8$ años e IMC: $47 \pm 5,1$ kg/m²). Del resto, 16 (9,8%) pacientes –todas ellas mujeres- habían sido previamente colecistectomizadas. Después de la intervención, 29(17,8%) pacientes desarrollaron colelitiasis o pólipos vesiculares, 2 colecistitis aguda (1,2%), uno coledocolitiasis (0,6%) y dos pancreatitis aguda litiásica (1,2 %). En 23(79%) pacientes el diagnóstico fue por screening ecográfico realizado con periodicidad anual. El 94% (32) de las litiasis detectadas se desarrollaron durante los 24 meses post-cirugía. La colecistectomía se ha realizado por vía laparoscópica en todos los casos excepto en dos. A la colecistectomía se han asociado una dermolipectomía en 11 casos, una ligadura tubárica en 1 caso y una eventroplastia en 5 casos. La coledocolitiasis ha sido resuelta mediante radiología intervencionista. Los procedimientos fueron realizados en su mayoría después de una significativa pérdida de peso: IMC previo: $45,85$ kg/m² (40-59), Descenso medio de IMC: $18,3$ kg/m² (8,9-32,1). En esta misma serie se han realizado 12 gastrectomías tubulares laparoscópicas (Sleeve). En una de ellas se asoció una colecistectomía, pero no se han hallado cálculos en los controles posteriores realizados a estos pacientes. **Conclusión:** Siendo la colelitiasis un proceso asintomático en la mayoría de los casos sólo el screening por ecografía permite identificar un número elevado de pacientes (79%) con patología litiásica. Estos resultados enfatizan la necesidad de realizar el seguimiento y control de los pacientes operados para detectar colelitiasis y prevenir sus complicaciones.

P-27. EVOLUCIÓN DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL TRAS LA CIRUGÍA BARIÁTRICA

García-Talavera Espín, Noelia⁽¹⁾; Sánchez Quiles, Isabel⁽²⁾; Nicolás Hernández, Mercedes⁽³⁾; Gómez Sánchez, M^a Bienvenida⁽³⁾; Vicente Ruiz, María⁽³⁾; Zomeño Ros, Antonia I.⁽⁴⁾; Monedero Sáiz, Tamara⁽⁴⁾; Ruiz Marín, Miguel⁽⁴⁾; Peña Ros, Emilio⁽⁴⁾; Sánchez Álvarez, Carmen⁽⁴⁾.

⁽¹⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, ⁽²⁾ Hospital Morales Meseguer, Murcia ⁽³⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía de Murcia, ⁽⁴⁾ Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

OBJETIVOS: 1. Valorar la pérdida de peso, en pacientes obesos sometidos a cirugía bariátrica (CB). 2. Valorar los cambios producidos en los distintos compartimentos del organismo (graso, libre de grasa y acuoso) desde el momento

pre-cirugía hasta el año post-cirugía. 3. Comparar estos cambios entre géneros. **MATERIALES:** En consulta externa de nutrición se realizó estudio antropométrico mediante bioimpedancia tetra polar (Tanita BC-418MA®) el día previo a la CB y tras la CB a los 3, 6 y 12 meses. Se midieron valores de Masa Grasa (MG), Masa Libre de Grasa (MLG), Agua corporal Total (ACT), IMC y peso total. Se valoró el resultado de la CB mediante el valor a los 12 meses del IMC, según los criterios propuestos por Baltasar et al. (Excelente: IMC final <30 kg/m², Bueno: IMC =30-35 kg/m², y Fracaso: IMC >35 kg/m²). **RESULTADOS:** En el estudio se incluyeron 56 pacientes (79% mujeres, 21% hombres), con una masa grasa inicial media de 55,32 kg (mujeres) y 47,8 kg (hombres). Se calculó la media de los porcentajes perdidos en cada variable de estudio, con respecto al estado inicial (Tabla 1). Los datos obtenidos al año post cirugía se basan en el 58,62 % de la población total debido a que en el resto de pacientes no se disponía de datos. Los resultados disponen de significación estadística (P<0,001). En la Tabla 2 se muestra la evolución del IMC. **CONCLUSIONES:** 1.- La pérdida de peso en ambos sexos se debe mayoritariamente a la pérdida de MG. 2.- Entre los 6 y 12 meses tras la CB, la pérdida de MG es mayor en hombres que en mujeres, al contrario de lo que sucede con la MLG. 3.- Se considera que el resultado de la CB en nuestros pacientes ha sido bueno (según Baltasar et al.)

P-28. ABORDAJE GRUPAL PREOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

García-Talavera Espín, Noelia Victoria; Gómez Sánchez, M^a Bienvenida ; Zomeño Ros, Antonia I. ; Vicente Ruiz, María ; Monedero Sáiz, Tamara ; Peña Ros, Emilio ; Nicolás Hernández, Mercedes ; Ruiz Marín, Miguel ; Sánchez Álvarez, Carmen ; González Valverde, Francisco Miguel.

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia

Justificación: El éxito de la cirugía bariátrica (CB) se basa en un buen procedimiento quirúrgico, un cambio de hábitos por parte del paciente y en el cumplimiento de sus expectativas. Nuestra Unidad de Obesidad Mórbida está formada por 4 endocrinos, 3 cirujanos, 1 intensivista, 2 enfermeras de nutrición, 3 nutricionistas, psicólogo, psiquiatra, 2 digestólogos, anestesiólogo, cardiólogo y neumólogo. La experiencia adquirida durante los últimos años pone de manifiesto la necesidad de complementar el abordaje individual pre quirúrgico del paciente con un programa de educación grupal, en el que no sólo el terapeuta influye en el grupo, sino que también cada miembro de éste puede colaborar el resto y proporcionarse ayuda mutua. Así, se utilizan los recursos de los miembros para el crecimiento individual de los que lo integran. **Objetivos:** El objetivo general es la pérdida de peso pre quirúrgica, siendo los objetivos específicos concienciar al paciente de los cambios de hábitos de vida que debe realizar desde el mismo momento que entra en el protocolo de CB, motivarle para que los lleve a cabo, y explicarle los cambios que va a sufrir su organismo y la importancia del mantenimiento del peso a largo plazo. **Metodología:** 1/ Formación de los grupos: Los pacientes son reclutados telefónicamente por la Unidad de Nutrición desde la lista de espera quirúrgica aproximadamente 3 meses antes de la intervención. Se les asigna a un grupo en función de la posibilidad de asistencia del paciente. Se trata de grupos formados por 4-8 pacientes pre quirúrgicos en protocolo de CB que deben asistir a 4 sesiones quincenales de 1h, durante 2 meses. 2/ Desarrollo de las sesiones: Las sesiones se estructuran en 3 partes: 1^a Puesta en común de las experiencias de la semana anterior en relación a las pautas nutricionales, 2^a Introducción de nuevos conceptos, y 3^a Puesta en común sobre los conceptos explicados en la sesión y entrega de las actividades que deben realizar en casa y entregar en la siguiente sesión. En cada sesión los pacientes se pesan y se realiza una puesta en común sobre las dificultades que hayan encontrado para seguir las pautas dietéticas y realizar el ejercicio físico. Los temas que se tratan en las sesiones son: 1^a Sesión: Alimentación saludable y actividad física. Primera parte introductoria acerca del funcionamiento de los talleres. Se exponen las motivaciones personales para la pérdida de peso y para la CB y las expectativas sobre el proceso. Segunda parte en la que se explican las pautas dietéticas a seguir a partir de ese momento, la importancia y consecuencias de la pérdida de peso pre quirúrgica, y fomento de la actividad física diaria. 2^a Sesión: Técnicas quirúrgicas empleadas en CB. Se explica el funcionamiento del aparato digestivo antes y después de la intervención y la importancia del cumplimiento del protocolo dietético y farmacológico tras la CB. 3^a Sesión: Protocolo nutricional posquirúrgico. Se explica el procedimiento del ingreso del paciente, y el protocolo dietético que deberán seguir tras la intervención. 4^a Sesión: Conclusión del grupo. Puesta en común de las dudas que hayan podido quedar sin resolver. Motivación del paciente. Durante el transcurso del grupo, los pacientes pueden tener, o no, un seguimiento individual en consulta de nutrición, según decida el equipo médico. 3/ Medida de la efectividad: Se utilizan distintos cuestionarios para valorar la adhesión del paciente a las pautas facilitadas durante el transcurso de las sesiones. Estos cuestionarios sirven como control del cumplimiento de las pautas dietéticas y como documento de compromiso para los pacientes. Los cuestionarios utilizados son:- recordatorio de ingesta de 24h (al inicio, y cada 10 días hasta el final de las sesiones). - cuestionario de frecuencia de consumo de alimentos (al inicio y al final). - encuesta de hábitos alimentarios (al inicio y al final). **Conclusiones:** El paciente debe recibir información completa sobre el proceso al que se va a someter y los cambios que deberá realizar y porqué. Con esta intervención grupal confiamos en reducir su grado de ansiedad, mejorar su adherencia al programa y aumentar su satisfacción

P-29. PERFORACIÓN DUODENAL POST BPG: UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL

Abad Alonso, Rafael; Zubiaga Toro, Lorea; Franco Campello, Mariano; Espinosa Soria, Javier; Enríquez Valens, Pablo ; Ortiz Sebastián, Sergio; Lluís Casajuana, Félix. *Hospital General Universitario, Alicante*

Debido al creciente número de intervenciones bariátricas cada vez son más frecuentes las personas portadoras de un bypass gástrico. Este procedimiento se caracteriza por dejar un remanente gástrico y todo el trayecto duodenal íntegros. Diferentes estudios han demostrado que estas zonas conservan la capacidad ulcerógena, pues el tejido gástrico sigue secretando ácido y respondiendo a estímulos hormonales y vagales. Del mismo modo estos tejidos aunque estén aislados se ven igualmente afectados por factores externos tales como el tabaquismo, la toma de AINES, stress, etc. Y se da por descontado que previo a la cirugía se ha erradicado cualquier posible infección por *H. pylori*, principal causa de úlcus gastroduodenales. Es por ello que medidas preventivas como controles endoscópicos en el preoperatorio y tratamiento con IBP en el postoperatorio se hacen necesarios, aunados a un estrecho seguimiento de los pacientes a fin de detectar posibles complicaciones. Aún así para detectar complicaciones debidas a úlceras duodenales los pacientes posterior a un bypass gástrico es difícil, no sólo porque el acceso endoscópico se ve impedido por la nueva anatomía sino también porque en casos como de hemorragia o perforación la clínica no cursa de igual forma que en un paciente con anatomía normal. Una de las principales diferencias en el caso de perforación es la ausencia del clásico “abdomen en tabla” de la clínica y del pneumoperitoneo en la radiología, con lo cual sino se sospecha de esta lesión puede llegar a constituir una grave situación para el paciente. Así pues presentamos el caso de una paciente de 56 años, operada de bypass gástrico por obesidad mórbida en el año 2005 en otro centro hospitalario del que no poseíamos informe alguno. La paciente acudió a urgencias de nuestro hospital con una clínica larvada de perforación de úlcus duodenal que constituyó un dilema diagnóstico debido a su clínica y la ausencia de signos típicos en la radiografía, lo que nos ha impulsado a realizar una revisión en la literatura sobre este tema.

P-30. INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL POSTBYPASS GÁSTRICO EN UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO SIN SIGNOS DE OCLUSIÓN

Zubiaga Toro, Lorea ⁽¹⁾; Abad Alonso, Rafael ⁽¹⁾; Facchiano, Enrico ⁽²⁾; Msika, Simon ⁽²⁾; Ortiz Sebastián, Sergio ⁽¹⁾; Enríquez Valens, Pablo ⁽¹⁾. ⁽¹⁾ *Hospital General Universitario, Alicante*, ⁽²⁾ *Louis Mourier*.

La intususcepción en adultos es una entidad relativamente rara, donde suele asociarse a un defecto llamado de “punto de apoyo” por el cual se produce la invaginación del intestino sobre sí mismo. En los adultos las causas más frecuentes son la presencia de pólipos o neoplasias intraluminales, hemorragias de la submucosa o la presencia de un divertículo de Meckel. Sin embargo con el aumento de la frecuencia de técnicas quirúrgicas como el bypass gástrico, se ha detectado también un aumento en el número de casos de intususcepción intestinal en el adulto, y este un hecho que los cirujanos bariátricos deben tener en cuenta, pues su presentación clínica es diferente a la habitual dado que, el mecanismo fisiopatológico (aún no dilucidado) parece que no alberga el defecto de “punto de apoyo” sino un problema de motilidad intestinal derivado del nuevo circuito. Presentamos el caso de una mujer de 42 años que fue intervenida de bypass gástrico en el año 2004 por obesidad mórbida con IMC de 45. En el año 2008 acudió a consulta por presentar dolor abdominal intermitente de intensidad variable y que en los estudios no reveló alteración alguna en valores analíticos ni en pruebas de imagen. Tras varios meses en seguimiento, en enero de 2010 se decide exploración laparoscópica hallando dos bridas laxas a nivel del asa alimentaria, y a las que se atribuyen el dolor. No obstante, poco después de la cirugía reinicia con el dolor siendo sometida nuevamente a diferentes exploraciones, donde todas fueron negativas reiteradamente. En enero de 2011 se realiza nueva laparoscopia exploradora de forma minuciosa y en esta ocasión se logra evidenciar la presencia de un anillo intestinal con contracción antiperistáltica en el muñón lateral que queda al realizar la anastomosis yeyuno-yeyunal, que revelo una invaginación. No se observaron signos de sufrimiento de asa, pero se decidió como conducta terapéutica la resección de la porción intestinal afecta. Desde entonces la paciente no ha presentado dolor alguno.

P-36. COMPLICACIONES HEMORRAGICAS EN BPG: DIAGNÓSTICO, MANEJO Y TRATAMIENTO. NUESTRA EXPERIENCIA

Martínez García, Rosario ; Gomez Abril, Segundo Angel ; Peris Tomás, Nuria; Trullenque Juan, Ramon; Richart Aznar, Jose Manuel; Torres Sánchez, M^a Teresa; Torres Sánchez, M^a Teresa; Martínez Abad, Manuel.

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia

OBJETIVO: El bypass gástrico (BP) es una de las técnicas que ha experimentado mayor expansión en cirugía de la obesidad, pese a ello presenta una tasa de complicaciones mayores nada despreciable. La hemorragia, aunque rara (0,6-

4%) ocupa un lugar preferente por la dificultad de manejo, sobretodo en el postoperatorio inmediato. Sin embargo existen múltiples puntos de sangrado potencial que se manifiestan desde el momento intraoperatorio hasta de forma tardía y que deben ser tenidos en cuenta para un correcto manejo de los pacientes. **MATERIAL Y MÉTODO:** Análisis retrospectivo de 191 pacientes diagnosticados de obesidad mórbida e intervenidos mediante BP en el periodo comprendido entre 2001-2011 en nuestro servicio. Características de la serie: 37 varones/154mujeres, edad media 37 años, IMC medio: 48,24 +/- 6,80 [37,11-67,75]. Dividimos a los pacientes en los que se identificó hemorragia en 3 grupos según el momento de presentación [1-.Intraoperatoria;2-.Postoperatorio inmediato(<30 días) y 3-. Seguimiento a largo plazo(>30 días)], estudiando el origen del sangrado, la clínica, el diagnóstico y el manejo de los mismos. Se excluyen aquellos pacientes que intraoperatoriamente presentaron hemorragia auto limitada de las líneas de grapado que cedió espontáneamente o mediante medidas de hemostasia simple (coagulación/clips). **RESULTADOS:** Del total de 191 se registraron eventos hemorrágicos en 21 pacientes (10,9%). Las complicaciones hemorrágicas, divididas en los 3 grupos, la clínica y el manejo se presentan en la tabla adjunta. (ver tabla) **CONCLUSIÓN:** En las formas tempranas de hemorragia es fundamental la alerta hacia los signos de hipovolemia, así como el uso de armas terapéuticas como la EDA con/sin esclerosis y la TAC para el diagnóstico y/o tratamiento, incluyendo la re intervención quirúrgica temprana ante el fracaso de estas. En las formas tardías de hemorragia es prioritario tener en mente patología gastro-duodenal subyacente, y aquí es donde el algoritmo diagnóstico con EDA y/o Angio-TAC cobra un papel más importante.

P-39. LAPAROTOMIA, LAPAROSCOPIA Y ORIFICIOS NATURALES EN CIRUGIA DE LA OBESIDAD: UNA VISION ENFERMERA

Jerez González, José Antonio; Cañete Cavanillas, Cristóbal; Valdizan Rebollo, Maria José; Ortiz Rubio, Montserrat; García Arnau, Estefanía; Quiñones Sánchez, Cristina; Lozano Calvo, Begoña; Madico Cerezo, Carmen; Del Barrio Martín, Maria José; Casado García, Antonia.

Hospital Universitari de Bellvitge, L' Hospitalet de Llobregat

Introducción. La cirugía de la obesidad ha evolucionado de forma notoria junto con la progresión de las técnicas quirúrgicas. El avance tecnológico de la cirugía ha permitido una evolución favorable en el post-operatorio inmediato de los pacientes intervenidos. Esta situación ha obligado a enfermería a realizar una adaptación en los planes de cuidados de dichos pacientes. **Objetivos.** - Identificar la evolución de los cuidados de enfermería en relación a la evolución de los tres tipos de abordajes quirúrgicos: laparotomía, laparoscopia y NOTES (Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery). - Dar a conocer los cuidados de enfermería requeridos en un paciente sometido a cirugía de la obesidad, mediante la técnica NOTES. **Material y método** Se realiza una revisión bibliográfica en relación a las tres técnicas quirúrgicas más empleadas en los pacientes. Se exponen las principales características de los planes de cuidados adaptados al paciente según el tipo de intervención a la que se ha sometido; mediante observación, experiencia y bibliografía consultada. A la vez, se utiliza dicha información como soporte documental para el servicio especializado en nuestro hospital y como difusión interna en sesiones clínicas. **Conclusiones.** La cirugía de la obesidad ha evolucionado, mejorando la calidad de vida del paciente intervenido quirúrgicamente. Enfermería se ha adaptado a los nuevos cambios permitiendo que el paciente se recupere en un tiempo menor y con menos complicaciones post-operatorias.

P-40. MEJORÍA DE HIPOGLUCEMIA HIPERINSULÍNICA DESPUÉS DE BPG AL REVERTIR ÉSTE Y REALIZAR GV.

Martínez Blázquez, Cándido; Martínez De Arango, Gabriel; Larrabide Bilbao, Iñaki; Valdovinos Garcia, Mercedes ; Revilla Cámara, Montserrat; Manzanos Areta, Itsaso; Suarez Aldayturriaga, Patricia; Palomo Mangado, Vega. *Hospital San José, Vitoria*

INTRODUCCIÓN. El síndrome de hipoglucemia pancreatogena no insulinoma después de cirugía de BPG se caracteriza por neuroglucopenia y concentraciones de insulina inapropiadamente elevadas que aparecen sobre todo en el estado postprandial. Como tratamiento se ha propuesto en casos severos la pancreatectomía distal o casi total cuando la anterior es insuficiente. Presentamos el caso de una paciente con este tipo de hipoglucemia y cuyos síntomas mejoran al revertir el BPG y realizar GV. **CASO CLÍNICO.** Mujer de 55años que presenta hipoglucemias postprandiales severas tras BPG. Por obesidad mórbida, IMC-51 fue intervenida en 1997 realizándose GVA. Posteriormente se practicó reconversión a BPG largo en 2001. Dos años y medio después, comenzó con episodios de debilidad, sudoración fría y pérdida de conciencia de hasta 15 minutos de duración que aparecían 60 a 90 minutos después de las comidas. La glucemia capilar coincidiendo con los episodios era baja, detectándose cifras de 20 mg/dl. Se le realizó test de ayuno que resultó negativo, TAC pancreático: normal, RMN pancreática: normal y gammagrafía con octeótride: normal. Coincidiendo con episodios de hipoglucemia posprandial se detectó elevación de las cifras de insulina y péptido C. Las sulfonilureas en suero fueron negativas. Se monitorizó ambulatoriamente la glucosa subcutánea detectándose cifras \leq de 40 mg/dl. Se realizó

arteriografía pancreática más estímulo con gluconato cálcico presentando elevación de las concentraciones de insulina sin gradiente en un territorio arterial específico, compatible con alteración difusa del páncreas. Como tratamiento se decidió revertir el BPG, practicándose GVL en marzo de 2010 con lo que los episodios de hipoglucemia severa desaparecieron. Están pendientes los resultados de la reevaluación hormonal. **DISCUSIÓN.** Las hormonas incretinas GLP-1 y GIP están aumentadas después de BPG. GLP-1 tiene acciones β proliferativas y antiapoptosis, por lo que se pensó que la hipoglucemia era debida a proliferación y sobreactividad de las células β . Posteriormente se concluyó que era debida a que el tamaño y la actividad de la célula β aumentadas antes de la cirugía fallaban en reducirse tras el descenso del BMI y mejoría de la sensibilidad a la insulina. Esta teoría no explica por qué no ocurre lo mismo tras la pérdida de peso ocasionada por GV. En un caso similar al nuestro se administró una comida líquida estandarizada a través del intestino alterado por el BPG y después a través de la GV demostrándose completa reversibilidad de la hipersecreción de insulina y GLP1 en relación con la nueva ruta de transito de nutrientes. La rápida mejoría de nuestra paciente tras la realización de GVL (que va en contra de la presencia de nesidioblastosis) y el hecho de que la mejoría no estuviese asociada a recuperación de peso, nos hace apoyar un mecanismo similar y a proponer que la reconversión de by pass a gastrectomía tubular puede ser útil en estos pacientes

VIDEOS

V-01. TUMOR CARCINOIDE DIAGNOSTICADO EN EL ESTUDIO PREOPERATORIO DE OBESIDAD MORBIDA

Sanchez Santos, Raquel; Estévez Fernandez, Sergio ; González Fernandez, Sonia; Tome Espiñeira, Catherine; Brox, Antonia; Mariño, Esther ; Piñeiro Teixeira, Sandra; Ledesma, Angel; Piñón Cimadevila, Miguel Angel.

Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra.

Introducción: En el preoperatorio para la cirugía de la obesidad mórbida el estudio del estómago que será excluido en el bypass gástrico es esencial ya que no podrá ser evaluado mediante técnicas endoscópicas convencionales tras la cirugía. El estudio baritado está siendo sustituido por la fibrogastroscofia que permite diagnosticar lesiones gástricas preexistentes o incluso pre malignas y en algunos casos conlleva una modificación de la técnica quirúrgica. **Caso clínico:** Paciente de 28 años con IMC 46 que realizó el estudio preoperatorio establecido para la cirugía bariátrica en la Unidad Funcional de Obesidad del Complejo Hospitalario de Pontevedra. En la fibrogastroscofia preoperatoria se objetivó una lesión sobreelevada de 1cm en cuerpo gástrico cuyas biopsias fueron inespecíficas. En la eco endoscopia se observa una lesión submucosa de 1*1.3cm sugestiva de GIST, se marca con tinta china para su localización laparoscópica. Se realiza laparoscopia exploradora hallando adenopatías de más de 1cm en el territorio de la arteria gástrica izquierda que se remiten para estudio anatomopatológico intraoperatorio: metástasis ganglionar de tumor carcinoide. Se repite endoscopia intra operatoria localizando la lesión en curvatura menor a menos de 4cm de cardias. Se realiza gastrectomía total laparoscópica con linfadenectomía de los grupos 1-9. Anastomosis esófago yeyunal mecánica circular de 25mm. Reconstrucción en Y de Roux con anastomosis de pie de asa mecánica lineal a 150cm. La evolución de la paciente fue favorable en el postoperatorio con buena pérdida ponderal. AP: tumor carcinoide gástrico de 1*1.4cm. bordes quirúrgicos libres. Resto de adenopatías libres de tumor. **Conclusión:** La fibrogastroscofia preoperatoria debe ser una prueba a considerar en el preoperatorio de la cirugía de la obesidad mórbida ya que la exclusión de un estómago no estudiado podría derivar en la progresión de patologías pre malignas o malignas que no podrían diagnosticarse mediante endoscopia convencional en el seguimiento postoperatorio

V-02. Conversión de GVL a BPGL

Navarrete Aulestia, Salvador⁽¹⁾; Navarrete Llopis, Salvador⁽¹⁾; Leyba, José Luis⁽¹⁾; Sanchez Figueroa, Néstor Manuel⁽¹⁾; Vivas, Alfredo⁽²⁾.

⁽¹⁾ Santa Sofía, Caracas, Venezuela ⁽²⁾ Universidad Central, Caracas, Venezuela.

Se presenta el video de paciente masculino de 44 años de edad, con antecedente de Gastrectomía Vertical por laparoscopia el 08/09/2010, quien consultó el 26/10/2010 por presentar intolerancia a fase III de la dieta, dada por

nauseas, vómitos de contenido alimentario y regurgitación. Se realizó endoscopia y serie digestiva superior, donde se observó estenosis del tubo gástrico en tercio medio. Se ingresa al paciente para rescate nutricional mediante nutrición parenteral parcial y completar preoperatorio, lo cual se llevó a cabo en un lapso de una semana. Se lleva el paciente a mesa operatoria el día 10/11/2010 para realizar laparoscopia diagnóstica, evidenciando torsión del tubo gástrico sobre su eje mayor condicionado por adherencias firmes de línea de grapas de gastrectomía al hígado. Se realiza Bypass Gástrico en Y de Roux por laparoscopia, confeccionando bolsa gástrica con auto suturara endo lineal cortante 45 mm con cartuchos de 4,8 mm de altura de engrapado, asa biliopancreática de 45 cm, asa alimentaria de 1,50 m. y gastro yeyunostomía con auto suturara circular cortante 21 mm y drenaje de cavidad. Paciente evoluciona satisfactoriamente, egresando en 72 horas y actualmente tolerando fase IV de la dieta sin complicaciones.

V-03. ¿CÓMO REALIZAR EL CIERRE EN EL ABORDAJE POR PUERTO ÚNICO EN LOS OBESOS MÓRBIDOS CON VISTAS A EVITAR EL DESARROLLO DE UNA EVENTRACION EN EL POSTOPERATORIO?

Socas Macias, Maria ⁽¹⁾; Morales Conde, Salvador ⁽¹⁾; Barranco Moreno, Antonio ⁽¹⁾; Alarcón Del Agua, Isaías ⁽¹⁾; Sciannamea, Gianluca ⁽²⁾; Cañete, Jesus ⁽¹⁾; Bernal Moreno, Diego ⁽¹⁾; Casado Maestre, Maria Dolores ⁽¹⁾; Cadet, Hisnard ⁽¹⁾; Padillo Ruiz, Javier ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁽²⁾ H. Bolonia, Italia

Introducción: El abordaje laparoscópico por puerto único (PU), proporciona al paciente una reducción del dolor postoperatorio y una considerable mejora desde el punto de vista estético. Sin embargo, el ombligo es considerado una zona fisiológica de debilidad, que si no es cerrada de forma adecuada puede conducir indefectiblemente al desarrollo de una hernia en el postoperatorio (PO). **Objetivo:** Con vistas a reducir y/o eliminar el riesgo de desarrollo de una hernia tras el abordaje por PU, hemos diseñado un “protocolo de cierre”, basado en las características del paciente y la dificultad técnica que supone la aproximación de la fascia subyacente al ombligo. El objetivo de este video es mostrar la sistemática de cierre que hemos aplicado a los pacientes obesos mórbidos intervenidos por PU. **Material y Método:** En los casos de pacientes obesos mórbidos sometidos a cirugía bariátrica (banda gástrica, gastrectomía tubular o bypass gástrico) por PU, con incisión transumbilical que alcanza en la fascia un tamaño de 2,5-3 cm, debido a la dificultad técnica de exponer la fascia y al elevado riesgo que presentan estos pacientes de desarrollar una hernia en el PO debido a su propia obesidad, procedemos al cierre del defecto umbilical con un ventral match ® de 8 cm de diámetro, fijada a ambos lados del defecto fascial con puntos sueltos de Polisorb del 1. **Resultados:** En nuestra serie de 16 pacientes intervenidos por PU (1 banda gástrica, 7 gastrectomías tubulares y 8 bypass gástricos), con un seguimiento medio de 6 meses, no hemos tenido complicaciones en el postoperatorio inmediato en relación con el empleo de la malla (seromas o infecciones) y tampoco ningún caso de hernia post puerto único en el postoperatorio a medio plazo. **Conclusiones:** Un manejo protocolizado en el cierre de la incisión del PU en los pacientes obesos mórbidos, parece eliminar el riesgo de desarrollo de una hernia incisional a medio plazo.

V-04. ¿ES FACTIBLE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN INTESTINAL EN EL OBESO MÓRBIDO EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO Y A LARGO PLAZO?

Socas Macias, Maria ⁽¹⁾; Morales Conde, Salvador ⁽¹⁾; Barranco Moreno, Antonio ⁽¹⁾; Gomez Cabeza De Vaca, Virginia ⁽¹⁾; Casado Maestre, Maria Dolores ⁽¹⁾; Alarcón Del Agua, Isaías ⁽¹⁾; Mendez, Cristina ⁽¹⁾; Sciannamea, Gianluca ⁽²⁾; Cadet, Hisnard ⁽¹⁾; Padillo Ruiz, Javier ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁽²⁾ H. Bolonia, Italia

Introducción: El abordaje laparoscópico ha supuesto una mejora sustancial en el postoperatorio inmediato de la cirugía bariátrica, sin embargo en caso de ser necesaria una reintervención, muchos cirujanos optan por un abordaje abierto. El obeso mórbido es un paciente complejo, siendo la obstrucción intestinal por bridas o hernias internas una de las complicaciones más temidas, y en ocasiones insospechadas, tanto en el postoperatorio a corto como a largo plazo. Siendo fundamental un alto índice de sospecha, con vistas a obtener un diagnóstico precoz, evitar isquemia de asas y poder aplicar un nuevo abordaje laparoscópico que resuelva el problema sin incrementar la morbilidad asociada a una laparotomía. **Objetivo:** Mostrar los casos clínicos, de dos pacientes sometidos a bypass gástrico, con desarrollo posterior de cuadros de obstrucción intestinal en el postoperatorio inmediato y tardío, resueltos de forma exitosa vía laparoscópica. **Caso 1:** Obstrucción intestinal en postoperatorio inmediato de bypass gástrico laparoscópico. Mujer de 45 años de edad, con IMC de 46, sometida a by pass gástrico laparoscópico con asa alimentaria de 150 cm, y realización de ambas

anastomosis de forma látero-lateral con EndoGIA 60 azul y cierre posterior de la enterotomía con sutura continua de endostitch. Cierre de la brecha mesentérica con 2 bolsas de tabaco de endostitch, sin cierre asociado del Petersen. El 3 día postoperatorio la paciente comienza con vómitos biliosos, sin repercusión del estado general. En el TAC practicado se pone de manifiesto una distensión tanto del asa alimentaria como biliar, sin signos de isquemia asociada, orientando a un acodamiento del pie de asa. Al persistir el cuadro a pesar de la descompresión con SNG, se plantea laparoscopia exploradora, en la cual se confirma el diagnóstico de sospecha, permitiendo una resolución del cuadro con una mínima adhesiolisis y fijación del asa con puntos sueltos impidiendo así su acodamiento. La paciente fue dada de alta al 6 día PO sin incidencias. **Caso 2:** Obstrucción intestinal en postoperatorio tardío de bypass gástrico laparoscópico. Mujer de 39 años de edad sometida a bypass gástrico un año antes con pérdida de 40 kg de peso. Comienza con cuadro de dolor abdominal en HI, que se viene repitiendo en el último mes, sin vómitos asociados y que se ha vuelto insoportable en las últimas 8 horas acudiendo a urgencias por ese motivo. En el TAC practicado, analizado conjuntamente por el cirujano de guardia y el radiólogo, se aprecia una distribución anómala de las asas con imagen de remolino en el mesenterio y aglomeración de asas en HI sin signos de isquemia asociados. Ante la sospecha de hernia interna se plantea laparoscopia exploradora, en la cual se pone de manifiesto hernia interna a través del Espacio de Petersen, que puede ser reducida con facilidad con la ayuda de pinzas a traumáticas, procediendo posteriormente al cierre del defecto con puntos sueltos no reabsorbibles. La paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al 7 día PO sin incidencias. **Conclusión:** El manejo laparoscópico de la obstrucción intestinal tras cirugía bariátrica es factible, tanto en el postoperatorio inmediato como en el tardío. Siendo fundamental para su desarrollo exitoso un alto índice de sospecha, evitando con ello la distensión excesiva de las asas, que permita su manejo laparoscópico, así como el posible desarrollo de una isquemia intestinal que requiera una resección o desmontaje de las derivaciones practicadas.

V-05. BPGL MEDIANTE ABORDAJE TRANSUBILICAL CON ANASTOMOSIS YEYUNO-YEYUNAL Y GASTROYEYUNAL LATEROLATERAL INTRACORPÓREA

Socas Macias, Maria ⁽¹⁾; Salvador, Morales Conde ⁽¹⁾; Antonio, Barranco Moreno ⁽¹⁾; Sciannamea, Gianluca ⁽²⁾; Méndez, Cristina ⁽¹⁾; Alarcón Del Agua, Isaías ⁽¹⁾; Casado Maestre, Maria Dolores ⁽¹⁾; Cañete, Jesus ⁽¹⁾; Bernal Moreno, Diego ⁽¹⁾; Padillo Ruiz, Javier ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, ⁽²⁾ H. Bolonia, Italia

Introducción. La cirugía laparoscópica es una alternativa factible en los obesos mórbidos, como muestran los resultados a corto y largo plazo, siendo este abordaje tan seguro y efectivo como el abordaje abierto. La cirugía por puerto único (PU) es considerada como un nuevo abordaje mínimamente invasivo que persigue reducir el dolor postoperatorio y obtener mejores resultados estéticos. Uno de los objetivos de la cirugía por PU es mantener los buenos resultados obtenidos en la laparoscopia estándar. Presentamos la realización de un bypass gástrico realizado vía PU, sin trocares de apoyo y con anastomosis yeyuno yeyunal y gastro yeyunal latero laterales intra corpóreas. **Método.** Presentamos la realización de un bypass gástrico vía PU en una mujer de 54 años con un IMC de 40. **Resultados.** Realizamos un abordaje por PU, y procedimos a realizar todos los pasos del bypass gástrico como si estuviéramos realizando un abordaje laparoscópico estándar, sin trocares adicionales y con la realización de ambas anastomosis de forma intra corpórea. Ambas anastomosis se realizaron mediante el empleo de una Endo grapadora con posterior cierre de la enterotomía con una sutura continua. La intervención se realizó a través de una incisión transumbilical de 2.4 cm, utilizando un dispositivo de PU con dos trocares de 5 mm y uno de 12 mm a su través. La intervención comenzó con la realización de la anastomosis latero lateral yeyuno yeyunal, con asa alimentaria de 150 cm, con posterior cierre de la brecha mesentérica y Petersen, seguida por la confección del reservorio gástrico para realizar finalmente la anastomosis gastro yeyunal ante cólica y retro gástrica. Con vistas a obtener una adecuada exposición del estómago, procedimos a utilizar como retractor hepático un hilo de sutura de 120 cm, anclado al pilar derecho y protegido por un tubo plástico de 10 cm, extrayéndose ambos extremos a nivel subxifoideo con un endoclose®, para posteriormente anclarlo con una pinza. Una vez que el hígado se expuso, la tracción necesaria para confeccionar el reservorio gástrico se obtuvo mediante el empleo de un endograb® anclado a la curvatura mayor y a la pared anterior del abdomen. La tracción del endograb® se modificó cuantas veces fue necesario, con vistas a obtener una visión y exposición adecuadas. No se consideró necesario dejar un drenaje. El defecto fascial transumbilical se cerró mediante el empleo de un Ventral Patch®, y la piel con puntos sueltos de sutura reabsorbible. El tiempo operatorio fue de 150 minutos. No hubo complicaciones intra ni post operatorias. **Conclusión.** EL bypass gástrico por PU con anastomosis intra corpórea sin trocares extra, es factible y seguro en manos de cirujanos laparoscópicos expertos. Este abordaje debe seguir los principios básicos del bypass gástrico laparoscópico con vistas a obtener los mismos resultados.

V-06. Re tubulización gástrica mediante plicatura por vía laparoscópica en pacientes con cirugía bariátrica previa

Cugat Andorrá, Esteban ⁽¹⁾; Marco Molina, Constancio ⁽¹⁾; Maristany Bienert, Carlos ⁽²⁾; Rodriguez Santiago, Joaquin ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Centro Médico Teknon, Barcelona, ⁽²⁾ Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Se presenta la técnica de plicatura gástrica total por laparoscopia practicada a dos pacientes por pérdida insuficiente de peso tras procedimiento bariátrico previo. **Caso 1:** Mujer de 60 años de edad, con antecedentes de obesidad mórbida con un índice de masa corporal de 44 a la que se realizó un cruce duodenal por laparotomía hace 6 años. Presentó una pérdida de peso inicial buena con recuperación progresiva persistiendo un IMC de 39. Estaba afecta de cardiopatía hipertensiva severa. Se realiza tránsito en el que se observa reservorio gástrico aumentado de tamaño. Se realiza abordaje laparoscópico, se liberan las adherencias y se consiguen separar las adherencias tubo gástrico al epiplón mayor. Se observa la ausencia de fundus. Se coloca una sonda de 34 F para calibrar el tubo gástrico y se realiza plicatura del estómago mediante dos suturas continuas de material no reabsorbible que no permiten el retroceso del hilo. Cursó un post operatorio correcto. La paciente es dada de alta al segundo día, presentando una pérdida de 10 kg de peso en 3 meses. **Caso 2:** Varón de 42 años de edad con antecedente de gastrectomía tubular por laparoscopia hace un 1 año y 1/2 con un índice de masa corporal de 48. Presenta una pérdida de peso inicial adecuada con recuperación del peso perdido a los 18 m. Se consensua con el paciente la re tubulización gástrica en lugar de la conversión a bypass. Se practica una plicatura gástrica total por laparoscopia con el estómago calibrado con sonda de 34 F. Se comprueba la ausencia de fundus. Se utiliza un primer plano de puntos sueltos invaginante y una sutura continua irreabsorbibles. Curso postoperatorio correcto. El paciente es dado de alta a las 48 horas. La pérdida de peso está en evaluación. **Técnica quirúrgica:** Se coloca un trocar supraumbilical de 10 por donde se introduce una óptica de 30°, 2 trocres de 10 Fr a 10 cm del central en flanco derecho e izquierdo para canales de trabajo, 1 trocar de 5 en hipocondrio derecho para separador hepático y 1 trocar de 5 a nivel de hipocondrio izquierdo para tracción. En los 2 casos se inició la introducción del primer trocar en hipocondrio izquierdo con un óptica de 5 para visualizar la cavidad abdominal y colocar los trocres bajo visión directa evitando las adherencias. **Comentario:** La re tubulización gástrica mediante una plicatura por vía laparoscópica es un técnica segura y factible en los pacientes sometidos a cirugía bariátrica previa incluso por vía laparotómica y ofrece corto plazo resultados prometedores en cuanto a pérdida de peso.

V-10. GVL con Antrectomía parcial y parche de epiplón

Bou, R.; Baltasar, Aniceto; Bengochea, M.; Serra, C.

Hospital de Alcoy, Alicante

Introducción: La GVL a pesar de su popularidad no está estandarizada. Los resultados a largo plazo son por ello muy variables. La fuga en línea de grapas de la Gastrectomía Vertical Laparoscópica (GVL) es la complicación más grave. La “protección” de la línea de grapas es motivo de debate. Hay autores que no la protegen, otros que usan sistemas de almohadillado y otros que suturan la línea de grapas. Nosotros hemos utilizado siempre una sutura continua sero-serosa con inversión, sin que pase por la línea de grapas, en más de 1200 GVL tanto aisladas como en unión de cruce duodenal. **Técnica:** Siempre utilizamos 6 puertos y 3 cirujanos. 4 puertos de 5 mm, uno de 10 para la cámara y uno de 12 en hipocondrio derecho para la grapadora. La antrectomía se inicia en el píloro, con guía de 12 mm., y dos disparos con AMT Covidien Endo GIA Tri-staplers en el antro and AVM para el resto del estómago. Recientemente hemos modificado la técnica incluyendo el epiplón mayor con la línea de sutura. Utilizamos una sutura no-reabsorbible de Surgipro de 25 cm de longitud con aguja circular C-22 e incluimos en la sutura el epiplón mayor empezando en la parte más alta a nivel del ángulo de His. Para no tener que anudar, se empieza la sutura con un tope de nudos en la sutura y dos clips. La sutura incluye epiplón en bloque con la pared posterior del estómago, por detrás de las grapas, pasa a la pared anterior del estómago por delante de las grapas y se continúa hasta llegar hasta la mitad de la línea y se usa el nudo de De Cushman. Otra segunda sutura se utiliza desde la mitad de la línea hasta el extremo inferior y se anuda de nuevo. Las ventajas teóricas de la sutura y la inclusión del epiplón son: 1) Control de la hemorragias en la línea de corte y grapas; 2) Evitar fugas, y en caso de producirse ya está el epiplón junto en el lugar del fallo y 3) Teóricamente el punto más interesante es que evita la rotación o volvulación del tubo gástrico, y así facilita su vaciado. **Resultados:** El tiempo operatorio es menor de 60'. No ha habido fuga clínica alguna en los 33 casos electivos. El %IMCP supera el 76%. **Conclusiones:** El uso de línea de sutura en la línea de grapas es más barato que otros sistemas protectores y puede disminuir las complicaciones derivadas de una muy larga línea de grapas. Un tubo estrecho, incluyendo el antro y cubierto con sutura invaginante con epiplón disminuye la morbilidad- mortalidad. Y la pérdida de peso es excelente

V-11. ACCESO AL ESTOMAGO EXCLUIDO EN EN HEMORRAGIA DIGESTIVA TRAS BPGL

Moreno Ruiz, Francisco Javier; Gallego Perales, Jose Luis; Rodriguez Cañete, Alberto; Vázquez, Luis; Titos, Alberto; Lopez Rueda, Blas; Bondia Navarro, Jose Antonio; Santoyo Santoyo, Julio. *Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga*

Introducción: La hemorragia digestiva es una complicación poco frecuente en la cirugía bariátrica. Su diagnóstico y tratamiento representan un serio problema, sobretodo debido a la inaccesibilidad del estómago excluido. **Material y Métodos:** Presentamos una mujer de 28 años de edad con BMI 48 que se le realizó bypass gástrico laparoscópico. El 5º día postoperatorio comenzó con cuadro de melenas y anemia progresiva que se mantuvo durante 5 meses. Durante este tiempo tuvo varios ingresos hospitalarios, se le realizó hemorroidectomía Milligan-Morgan ante la sospecha de rectorragias de origen hemorroidal. La endoscopia digestiva alta descartó el origen del sangrado a nivel del reservorio y de la anastomosis gastro yeyunal. El angio TAC no evidenció sangrado activo, y la gammagrafía con hematíes marcados mostró depósito patológico a nivel de FID. En la colonoscopia se vio sangrado procedente desde la válvula ileocecal sin concretarse su origen. Ante la persistencia del cuadro y para poder explorar el remanente gástrico, se realizó reintervención laparoscópica con endoscopia intra operatoria accediendo al estómago excluido, llegando hasta la anastomosis yeyuno-yeyunal de la Y de Roux. El estudio se completó con colonoscopia intra operatoria y cápsula endoscópica que no fueron concluyentes. La paciente fue dada de alta tras autolimitarse espontáneamente la hemorragia digestiva, presentando dos nuevos ingresos a los 4 y 6 meses. En este último la endoscopia digestiva alta fue realizada con enteroscopia pudiendo identificar punto sangrante en la línea de grapas de la anastomosis yeyuno-yeyunal, y realizarse hemostasia del mismo. **Resultados:** En nuestro caso la recurrencia de la hemorragia digestiva tras cirugía bariátrica a pesar de las medidas conservadoras, así como su dificultad diagnóstica tras agotar los procedimientos convencionales, nos obligó a la exploración quirúrgica del paciente, combinándola con endoscopia intra operatoria, para poder acceder al estómago excluido y descartar el origen del sangrado. Este procedimiento fue realizado por vía laparoscópica. Aunque tampoco se pudo precisar la causa de la hemorragia, es una forma de acceso al remanente gástrico excluido con finalidad diagnóstica-terapéutica. **Conclusión:** La re intervención laparoscópica asociada a endoscopia intra operatoria debe ser considerada la opción última en el tratamiento de la hemorragia digestiva no filiada en cirugía bariátrica. Este procedimiento permite el acceso al estómago excluido y a la anastomosis yeyuno-yeyunal.

V-12. ALARGAMIENTO DE ASA COMÚN TRAS CDL: KISSING X LAPAROSCÓPICO

Baltar, Javier; Baamonde, Iván; García Vallejo, Luis; Mella, Inés; Juan José, Solar; Brenlla, Juan; Escudero, Bernardo; Madriñán, Manuel; Fernández, Fernando; Folgar, Luis.

Complejo Hospitalario Universitario, Santiago de Compostela

Objetivos: evaluar nuestra experiencia en reintervenciones por complicaciones malabsortivas tras Cruce Duodenal (CD) y presentar la técnica quirúrgica empleada. **Material y Métodos:** **Caso 1:** en 2003, con IMC 60 (comorbilidades: SAOS, diabetes tipo 2), CD abierto con canal común de 80 cm. Fístula duodeno- ileal postoperatoria cerrada con tratamiento conservador. En 2006 abdominoplastia y en 2007 reparación de laparocèle epigástrico con malla. Buena pérdida de peso hasta IMC 25 pero con diarreas incapacitantes y ardor retroesternal que no se controlaron con tratamientos médicos. En 2009 se reoperó por vía laparoscópica: viscerolisis, identificación de asas común, alimentaria y bilio- pancreática, anastomosis látero- lateral (Kissing X) a 40 cm de la ileo- ileal previa para alargar el canal común, disección del hiato esofágico y cierre de pilares. **Caso 2:** CD laparoscópico en 2009 con IMC 68 (comorbilidad SAOS) con canal común de 80 cm y asa alimentaria de 200cm, montaje sin sección de mesos. Reingreso a los 12 meses por vómitos y desnutrición severa. Tras realizar un estudio radiológico completo y re nutrir adecuadamente a la paciente se reoperó por vía laparoscópica valorando la funcionalidad del tubo gástrico, cerrando el espacio de Petersen y alargando el canal común mediante anastomosis látero- lateral, como en el caso anterior, a 80 cm de la anastomosis previa. De este caso se presenta un video de la intervención. **Resultados:** No hubo morbilidad postoperatoria. En el caso 1 se ha logrado corregir la diarrea pero persiste la clínica de reflujo, manteniéndose el IMC en 25. En el caso 2 se consiguió corregir la desnutrición y los vómitos, manteniendo la pérdida de peso (-102 kg). **Conclusiones:** La corrección del exceso de mal absorción tras CD es posible, útil y puede realizarse con baja morbilidad, incluso en pacientes multi operados de forma abierta. Realizar el CD laparoscópico sin sección de mesos facilita la identificación de las asas en las re intervenciones.

V-13. COMPLICACIÓN INTRAOPERATORIA DE LA SUTURA GASTROYEYUNAL EN BPG: DESGARRO AL RETIRAR BUJÍA

Estévez Fernández, Sergio; Sanchez Santos, Raquel; González Fernandez, Sonia; Brox, Antonia; Tome Espiñeira, Catherine; Nicolas, Raúl; Crego, Rosa; Mariño, Esther; Piñón Cimadevila, Miguel Angel. *Complejo Hospitalario Pontevedra, Pontevedra*

Introducción: Las complicaciones intra operatorias de la sutura gastro yeyunal en el bypass gástrico laparoscópico son difíciles de resolver ya que el reservorio gástrico es pequeño y en muchas ocasiones no es posible realizar de nuevo una sutura mecánica. El desgarro de la sutura al final de la intervención obligó en este caso a reseca la sutura previa y realizar una nueva manualmente. **Caso clínico:** Paciente de 60 años con IMC 48 con comorbilidades asociadas: Diabetes

Mellitus, Hipertensión arterial, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Se realiza bypass gástrico laparoscópico con reservorio de aproximadamente 25cc. Anastomosis reservorio yeyunal mecánica lineal con endo grapadora. Bujía de 34F para calibrar anastomosis. Asa alimentaria de 150cm. Anastomosis yeyuno-yeyunal mecánica lineal con endo grapadora. Al finalizar la intervención se realiza comprobación de la sutura con azul de metileno a través de la bujía. Se observa salida filiforme de contraste por lo que se dan unos puntos de refuerzo en la sutura. Se realiza nueva comprobación con azul de metileno comprobando la estanqueidad. El anestesista retira la sonda enérgicamente y se produce un desgarramiento en la cara posterior de la sutura de unos 3 cm ascendentes sobre la cara posterior del reservorio observando salida del contraste azulado. Se reseca sutura reservorio yeyunal y se secciona el reservorio a 1cm de cardias y se realiza nueva anastomosis reservorio yeyunal manual en dos planos con monofilamento. Se realiza nueva comprobación con contraste sin observar fugas. Curso postoperatorio sin incidencias. **Conclusión:** La realización de puntos de refuerzo sobre una sutura debe realizarse una vez retirada la bujía para evitar desgarramientos en su retirada. La sutura manual es una buena alternativa cuando el reservorio es muy pequeño y no hay apenas espacio para realizar otra sutura mecánica lineal.

V-14. Complicaciones inmediatas de la Cirugía Bariátrica. Tratamiento quirúrgico precoz.

Medina García, Manuel; Antequera, Alfonso; García Muñoz-Najar, Alejandro; Huerga, Daniel; Pereira, Fernando; Fernández, Fernando; López, Cristina; Carrión, Lucía; López, Pedro.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada

Introducción: La Cirugía Bariátrica se ha convertido en el tratamiento estándar para los pacientes con obesidad mórbida o síndrome metabólico. Aunque se hace casi de rutina en muchos centros y han mejorado claramente los resultados desde las primeras series, no debe menospreciarse el riesgo quirúrgico y el seguimiento postoperatorio debe ser estrecho. El paciente obeso tiene una serie de peculiaridades que hacen que las complicaciones aunque no sean más frecuentes, cuando suceden, son mucho más graves: Sintomatología atípica, Retraso en el diagnóstico, Menor reserva fisiológica, Riesgo real de mortalidad. La intervención precoz, en caso de complicación, es la clave para conseguir resolver estas situaciones. **Material y Métodos.** Las intervenciones de cirugía bariátrica, el seguimiento y el tratamiento de las complicaciones se realiza en nuestro centro de forma personalizada por tres cirujanos, con el apoyo del resto del Servicio. Presentamos en este vídeo los casos clínicos de tres de las complicaciones más frecuentemente descritas en la literatura y su resolución con tratamiento quirúrgico precoz, Dehiscencia de la anastomosis GY en un bypass gástrico. Hemoperitoneo por sangrado de la línea de grapas de una gastrectomía tubular. Perforación tras dilatación endoscópica de una estenosis de la anastomosis GY. **Resultados:** De los 102 pacientes intervenidos en nuestro centro por obesidad, 12 presentaron algún tipo de complicación que requirió cirugía urgente. En 2 de ellas se hizo laparoscopia exploradora sin encontrar hallazgos patológicos y en el resto, la complicación se resolvió también por vía laparoscópica de forma satisfactoria, con evolución favorable del paciente. **Conclusiones:** La intervención quirúrgica precoz soluciona favorablemente, en la mayoría de los casos, las complicaciones de la Cirugía Bariátrica. La taquicardia no justificada por otra razón médica, implica una alta sospecha de complicación quirúrgica y es el dato más útil y fiable en el postoperatorio del paciente obeso. No revisar a un paciente es la causa *prevenible* más importante de *muerte y complicaciones* a largo plazo en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica

V-15. Peritonitis biliar por torsión yeyunal del pie de asa y dehiscencia de sutura en el remanente gástrico.

Medina García, Manuel; Antequera, Alfonso; García Muñoz-Najar, Alejandro; Durán, Manuel; Pereira, Fernando; Fernández, Fernando; López, Cristina; Carrión, Lucía; López, Pedro.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada

Introducción: La obstrucción intestinal en el postoperatorio de la Cirugía Bariátrica es una complicación grave y temida por los cirujanos, ya que pone en peligro las suturas anastomóticas proximales por el aumento de la presión en la luz intestinal. La causa más frecuente es la formación de una hernia interna en alguno de los orificios que se crean durante la intervención. Puede haber otras causas como un montaje erróneo ("O de Roux") o como el caso que presentamos, la torsión del asa yeyunal en el pie de asa anastomótica. **Material y Método:** Presentamos el caso de una mujer de 38 a. con un peso de 112 kg. y un IMC de 45.44 Kg/m². No tenía comorbilidades mayores, era fumadora y como antecedente quirúrgico se le habían hecho dos cesáreas. Se realizó un bypass gastro yeyunal laparoscópico en Y de Roux, ante cólico y ante gástrico, con asa alimentaria de 150 cm y colecistectomía por la presencia ya conocida de litiasis. En el segundo día postoperatorio presentó un cuadro de dolor abdominal importante, taquicardia y elevación de PCR y lactato. Se realizó una TC en la que se apreciaba líquido libre, dilatación de asas de i. delgado y un cambio de calibre a nivel de la anastomosis del pie de asa, todo ello sugerente de una obstrucción por hernia interna. **Resultados:** En la laparoscopia

exploradora se apreció una peritonitis biliar por dehiscencia en la parte superior de la sutura del remanente gástrico y una obstrucción mecánica por torsión yeyunal, a nivel del pie de asa, sin aparente compromiso vascular. Se realizó lavado y drenaje, sutura de la dehiscencia gástrica, nueva anastomosis yeyuno yeyunal lateral y una gastrostomía de descarga. El postoperatorio cursó con un SIRS severo y un distress respiratorio por el cuadro séptico que se resolvió favorablemente. Se drenó una colección subfrénica residual y se retiró la sonda de gastrostomía sin complicaciones. Fue dada de alta al 30 día posoperatorio. **Conclusiones:** La obstrucción intestinal precoz tras una cirugía bariátrica es una complicación no demasiado frecuente pero sí muy grave por el riesgo de fuga anastomótica. La posibilidad de una hernia interna o de un montaje erróneo debe ser sospechada en los pacientes intervenidos con un BPGY con alteraciones de tránsito intestinal en el postoperatorio. La reintervención precoz, como en otras complicaciones, es fundamental en la resolución de estos cuadros. No revisar a un paciente es la causa *prevenible* más importante de *muerte y complicaciones* a largo plazo en los pacientes sometidos a Cirugía Bariátrica.