

Tomo de Resúmenes (TL Orales y Video)

Generado el: 04/09/2025 22:58:58

1. Sección: Sección: Cirugía Bariátrica

1, IMPACTO DEL PROTOCOLO ERAS EN LAS NÁUSEAS, VÓMITOS Y DOLOR POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA BARIÁTRICA

Autores: Daniela Yustiz Aparicio, Pascale Sallaberry Schlesinger, Ignacia Tabach Socias, Alex Escalona Pérez, Pilar Hevia Villalobos, Enrique Lanzarini Sobrevia, Rodrigo Muñoz Claro

Clinica Universidad De Los Andes

Introducción: Los protocolos de recuperación acelerada tras cirugía (ERAS) están diseñados para optimizar los resultados perioperatorios mediante un enfoque multimodal basado en evidencia. En cirugía bariátrica, las náuseas, vómitos y el dolor postoperatorio son síntomas frecuentes que afectan la experiencia del paciente y pueden prolongar la estadía hospitalaria.

Objetivos: El objetivo de este estudio fue evaluar si la implementación del protocolo ERAS reduce la incidencia de náuseas y vómitos postoperatorios (NV) y el dolor durante el mismo día luego de realizada la cirugía en nuestro centro, el cual cuenta con acreditación oficial como Centro ERAS por la ERAS® Society.

Contenido del E-Poster: Estudio de cohorte retrospectivo aprobado por el Comité de Ética de Clínica Universidad de los Andes. Se incluyeron pacientes sometidos a cirugía bariátrica registrados en la plataforma ERAS® Interactive Audit System, divididos en dos grupos: pre-ERAS y ERAS. Se evaluó la incidencia y severidad de NV, dolor postoperatorio (medido mediante escala visual análoga [EVA]), y uso de opioides en el mismo día luego de realizada la cirugía. Se aplicó análisis descriptivo y estadístico según la naturaleza de las variables. Se calcularon riesgo relativo (RR), número necesario a tratar (NNT).

Resultado: Se incluyeron 170 pacientes (pre-ERAS n=50, ERAS n=120). No se observaron diferencias significativas en las características basales: edad promedio (39.8 vs 41.7 años), IMC (35.0 vs 35.8 kg/m²), proporción de mujeres (71.1% vs 70%), ni tipo de cirugía realizada (gastrectomía en manga 85.6% vs 73.8%, bypass gástrico 14.4% vs 26.3%; p>0,05 para todos). La incidencia de NVPO se redujo significativamente de 34,0% a 11,7% en el grupo ERAS (RR 0,34; IC95% 0,19–0,62; p=0,0013), con eliminación completa de vómitos severos (4,0% a 0%; p=0,12). La mediana de dolor fue similar en ambos grupos (EVA 4,0 cm), sin diferencia en la media (3,62±2,33 vs 3,83±2,76; p=0,613). El dolor severo (EVA ≥7) tuvo una tendencia a ser mayor en el grupo ERAS

(pre-ERAS 12,0% vs ERAS 19,2% (RR 1,60; p=0,37), mientras que el uso de opioides disminuyó significativamente de 54,0% a 32,5% (p=0,014).

Conclusión: La implementación del protocolo ERAS en cirugía bariátrica redujo significativamente la incidencia de náuseas y vómitos en el postoperatorio inmediato, mejorando la tolerancia del paciente. Sin embargo, pese a una menor utilización de opioides, no se logró un mejor control del dolor, lo que evidencia la necesidad de ajustar las estrategias analgésicas.

185, CUANDO LA SOLUCIÓN SE VUELVE PROBLEMA: REVERSIÓN LAPAROSCÓPICA DE BYPASS GÁSTRICO UNA ALTERNATIVA FRENTE A COMPLICACIONES REFRACTARIAS.

Autores: Nissell Quiroz S., Andres Torrealba A., Pedro Soto G., Vanessa Ahumada F., Andrés Marambio G.,

Hospital Eloisa Díaz De La Florida

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux (BPG-RY) es reconocido globalmente como uno de los procedimientos quirúrgicos más efectivos para el manejo de la obesidad mórbida y sus comorbilidades asociadas. A pesar de sus múltiples beneficios y seguridad, una minoría de pacientes puede experimentar complicaciones postoperatorias significativas. Estas complicaciones, aunque infrecuentes, pueden ser severas y refractarias a las terapias convencionales. En tales escenarios, la reversión del bypass gástrico (R-BPG) surge como una medida terapéutica, buscando reestablecer la continuidad del tracto gastrointestinal y mitigar los efectos adversos de las complicaciones. Las indicaciones para la R-BPG son diversas e incluyen malnutrición severa, síndrome de intestino corto, síndrome de dumping, dolor abdominal crónico, úlceras anastomóticas recurrentes, entre otros. La R-BPG es un procedimiento quirúrgico complejo, con una morbilidad potencialmente mayor que la cirugía bariátrica primaria, y su factibilidad por vía laparoscópica fue reportada por primera vez por Himpens en 2006. Si bien en la literatura el reporte de casos es cada vez mayor, en nuestra práctica, la R-BPG es un procedimiento infrecuente.

Objetivos: Presentar la experiencia exitosa de nuestro centro en la reversión laparoscópica de un BPG-RY en una paciente que desarrolló complicaciones refractarias a tratamiento convencional.

Contenido del video: Descripción del Caso Clínico:

Paciente femenina de 50 años, con antecedente de bypass gástrico en Y de Roux realizado en otro centro en marzo de 2024. A los 6 meses postoperatorios, consulta en el servicio de urgencias de nuestro hospital por un cuadro de dolor abdominal difuso, asociado a náuseas, vómitos y disfagia. Se realiza tomografía de abdomen y pelvis, que evidenció una úlcera marginal perforada en la anastomosis gastroyeyunal con colección peri-anastomótica. El manejo inicial se realizó mediante drenaje de la colección y terapia con endovac por vía endoscópica. La paciente evolucionó tórpidamente, desarrollando una estenosis severa de la anastomosis gastroyeyunal, refractaria dilataciones endoscópicas con balón y a la posterior colocación de stent. Ante la persistencia de la estenosis, la imposibilidad de una adecuada ingesta y el deterioro de su calidad de vida, se tomó la decisión de revertir el bypass gástrico.

Técnica Quirúrgica:

Colocacion de trocar 11 mm supraumbilical, 12 mm flanco derecho e izquierdo y 5 mm subxifoideo y flanco izquierdo

Liberacion de adherencias con energia ultrasonica, seccion de pouch gastrico sobre anastomosis con 2 cargas verdes de echelon flex 60 mm. Se identifica y preserva arteria gastrica izquierda.

Se realiza gastro-gastro anastomosis latero-lateral con carga azul 60 mm, cierre de gastrotomia con vycril 3-0 continuo y fuerzo de angulos con vycril 3-0 discontinuo.

Seccion de asa alimentaria bajo anastomosis con carga blanca de echelon flex 60 mm.

Asa alimentaria de aprox. 100 cc hasta entero-entero anastomosis. se mide asa biliar, mide tambien aprox. 100 cm desde entero-entero anastomosis hasta treitz.

seccion de asa biliar al llegar a entero-entero anastomosis y se realiza entero-entero anastomosis latero-lateral entre asa alimentaria y biliar con carga blanca de echelon

flex 60 mm, cierre de enterotomia con vycril 3-0 continuo. refuerzo de angulos con vycril 3-0.

cierre de brecha mesenteria con seda 3-0.

se instala drenaje jacksonpratt a cara posterior de gastro-gastro anastomosis que se exterioriza por flanco izquierdo,

186, HIATOPLASTIA CON MALLA BIO A + FUNDUPLICATURA DE NISSEN ROBÓTICO.

Autores: Maher Musleh Katan, Fernando Maluenda Gatica, Sebastian Sapiain Gonzalez, Nizar Richani Hilal

Clínica Las Condes

Introducción: Paciente femenina de 76 años con antecedentes de ca de mama derecha en estatus post Qx, post RT, post Qt, cesárea, colecistectomía por laparoscopia y hernia hiatal desde 2015, quien es referida desde el hospital de Melipilla hacia CLC en junio del 2025 la cual es valorada clínica y para clínicamente y se decide llevar a mesa operatoria para reparación de hernia hiatal con malla de Bio A + funduplicatura Nissen con abordaje Robótico, la paciente evoluciona satisfactoriamente y se controla a la semana y al mes de la cirugía con buena tolerancia a la vía oral y sin síntomas de disfagia o reflujo gastroesofágico.

Objetivos: Proporcionar una guía visual para cirujanos y profesionales interesados en las técnicas avanzadas de reparación herniaria, promoviendo una mayor comprensión y adopción de métodos seguros y efectivos a través del abordaje mínimamente invasivo.

Contenido del video: Este video presenta un paso a paso detallado de la técnica quirúrgica para la reparación de una hernia hiatal gigante, utilizando un abordaje robótico. Se muestra la colocación de una malla bioabsorbible tipo A y la realización de una funduplicatura de Nissen, destacando los aspectos técnicos en la cirugía mínimamente invasiva.

187, DESNUTRICIÓN CATASTROFICA DESPUÉS DE CIRUGÍA METABÓLICA. REPORTE DE UN CASO DE REVERSIÓN DE BYPASS EN Y DE ROUX

Autores: Nicolás Ide W., Andrea Vera F., Carlos Carcamo I., Gabriela Ochoa S.

Universidad Austral De Chile. Hospital Base Valdivia

Introducción: El bypass gástrico en Y de Roux sigue siendo una herramienta efectiva que se utiliza a menudo en el manejo quirúrgico de la obesidad. Sin embargo, no está exento de riesgos, uno de los cuales es la desnutrición severa después del procedimiento. En este grupo de pacientes, debe considerarse el manejo quirúrgico y la reversión anatómica del bypass.

Objetivos: Presentar el caso de un paciente que se sometió a reversión de bypass gástrico en nuestra institución debido a malnutrición severa

Contenido del video: Presentamos a un paciente masculino de 37 años, con antecedentes de obesidad mórbida e hipertensión arterial, que en 2023 se sometió a una cirugía metabólica en otro hospital, donde se realizó un bypass en Y de Roux, que necesitó ser convertido a cirugía abierta debido a adherencias severas en el abdomen.

Antes de la cirugía, pesaba 160 kg con un índice de masa corporal de 45 kg/m².

Seis meses después, el paciente comenzó a presentar fatiga, astenia y edema generalizado. Fue evaluado por un gastroenterólogo que ordenó exámenes y consultó a cirugía. En los exámenes se diagnosticó anemia y desnutrición severa. Su peso en ese momento era de 66 kg con un IMC de 18 kg/m² y con edema generalizado. El paciente fue hospitalizado para optimizar la nutrición.

Se realizó una tomografía computarizada en la que se encontró: abundante líquido intrabdominal libre, anasarca y ascitis. También se realizó una endoscopia en la que no se encontró estenosis de la anastomosis gastro-yeyunal.

Se llevó a cabo una laparoscopia exploratoria en la que se encontró que el asa biliar medía 2 metros y el asa alimentaria aproximadamente 70 cm, lo que explica las complicaciones nutricionales del paciente. Por lo tanto, se realizó la reversión del bypass gástrico en Y de Roux de forma laparoscópica.

El paciente tuvo un resultado postoperatorio favorable, con una ingesta progresiva de alimentos por vía oral. En los controles médicos ambulatorias ha recuperado peso, alcanzando 101 kg y un IMC de 28 kg/m². Mantiene controles para apoyo psicológico y nutricional para mantener un peso saludable.