CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):121

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-121 - CONVERSIÓN DE *SINGLE ANASTOMOSIS DUODENO-ILEAL BYPASS WITH SLEEVE GASTRECTOMY* (SADI-S) POR PROBLEMAS MALABSORTIVOS A PROCEDIMIENTOS QUIRÚRGICOS CON MENOR O NINGÚN COMPONENTE MALABSORTIVO. OPCIONES TÉCNICAS

Curell García, Anna; Vilallonga, Ramón; Hidalgo Pujol, Marta; Balibrea, José María; Caubet, Enric; González, Óscar; Fort, José Manuel; Armengol, Manel

Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Resumen

Introducción: El bypass duodeno-ileal con anastomosis única y gastrectomía vertical laparoscópicos (*Single Anastomosis Duodeno-Ileal bypasswith Sleeve gastrectomy,* SADI-S) considerado en uno o dos tiempos es una cirugía reciente como tratamiento de la obesidad mórbida que se basa en la derivación biliopancreática. Algunos resultados a medio plazo sugieren la posibilidad de aparición de complicaciones malabsortivas después de este procedimiento quirúrgico. Así, puede ser necesaria la conversión a un procedimiento menos malabsortivo o incluso la reversión de la cirugía. Los autores presentan las posibles alternativas de conversión de SADI-S a otras cirugías con menor o ningún componente malabsortivo. Las opciones técnicas incluyen 1) reversión de SADI-S con anastomosis duodeno-duodenal, 2) conversión a bypass duodeno-yeyunal proximal con anastomosis única (SADJ-S), 3) conversión a derivación biliopancreática con cruce duodenal atípico, 4) conversión a Y-de-Roux con anastomosis única duodeno-yeyunal y 5) conversión a bypass con anastomosis única gastro-yeyunal y gastrectomía vertical.

Objetivos: Este estudio fue diseñado para describir y analizar los tipos de conversiones realizados en los enfermos con bypass duodeno-ileal con anastomosis única y gastrectomía vertical (SADI-S) previo y con problemas de malabsorción. Proponemos la conversión como estrategia correctiva por problemas de malabsorción tras un SADI-S.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo de una base de datos prospectiva en la que se han incluido 3 pacientes de enero a noviembre de 2015. Se incluyeron en el estudio todos los pacientes con SADI-S previo y con un síndrome de desnutrición proteico-calórica grave y múltiples deficiencias nutritivas que requirieran conversión a técnica menos malabsortiva.

Resultados: Durante el seguimiento después de la conversión de gastrectomía vertical a SADI-S (media de seguimiento de 26 meses) todas las pacientes requirieron nutrición parenteral, suplementos vitamínicos y minerales e incluso ingreso hospitalario (incluyendo UCI). El índice de masa corporal (IMC) preoperatorio era 24,0 kg/m^2 (rango: 20,4-27,5 kg/m^2). Se realizó en 2 pacientes conversión a SADJ-S y en 1 paciente conversión a Y de Roux con anastomosis única duodeno-yeyunal. Todos los casos se realizaron por relaparoscopia. La longitud del asa común del

SADI-S previo siempre fue igual o menor a 200 cm. Ninguna de las pacientes sufrió complicaciones postoperatorias relevantes, con una estancia hospitalaria media de 4,66 días. La mortalidad fue de 0. Todas las pacientes se recuperaron de su condición inicial. Sin embargo, debido a la conversión a un procedimiento menos malabsortivo, todas las pacientes presentaron ganancia de peso: el aumento del IMC medio fue de 7,1 kg/m^2 (rango: 5-10,8 kg/m^2); el aumento medio de peso fue de 18,9 kg (rango: 11,3-30,9 kg).

Conclusiones: Los resultados de la conversión a SADJ-S o BPG tras un SADI-S por vía laparoscópica son buenos, presentando mejoría clínica de la desnutrición y las deficiencias nutritivas en todos los casos. Esta técnica parece ser factible y sin complicaciones graves a largo plazo. Serán necesarios más estudios para confirmar nuestros resultados preliminares.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados